


Accessions
378,610
Shelf No.
379.72
FOUNDED 1852
SICUT PATRIBUS SIT DEUS NOBIS
BOSTONIA
CONDITA A.D.
1630.
CIVITATIS REGIMINE DONATA A.D. 1822.
BOSTON PUBLIC LIBRARY
Received April 19, 1886.

HISTOIRE DU CHOLÉRA

AUX INDES ORIENTALES

AVANT 1817,

PAR

J. SEMMELINK,

ANCIEN MÉDECIN PRINCIPAL DE L'ARMÉE DES INDES ORIENTALES NÉERLANDAISES.

AVEC CARTE.

Avant de songer à guérir cette affreuse maladie, on doit commencer par en rechercher l'origine, car la science ne permet pas de guérir une maladie à fond, sans en connaître la véritable origine. PARAVICINI.

UTRECHT,

C. H. E. BREIJER.

1885.

PARIS,
G. CARRÉ,
112, boulevard St.-Germain.

BRUXELLES,
A. MANCEAUX,
12, rue des Trois-Têtes.

HISTOIRE DU CHOLÉRA

AUX INDES ORIENTALES

AVANT 1817.

HISTOIRE DU CHOLÉRA

AUX INDES ORIENTALES

AVANT 1817,

PAR

J. SEMMELINK,

ANCIEN MÉDECIN PRINCIPAL DE L'ARMÉE DES INDES ORIENTALES NÉERLANDAISES.

AVEC CARTE.

Avant de songer à guérir cette affreuse maladie, on doit commencer par en rechercher l'origine, car la science ne permet pas de guérir une maladie à fond, sans en connaître la véritable origine. PARAVICINI.



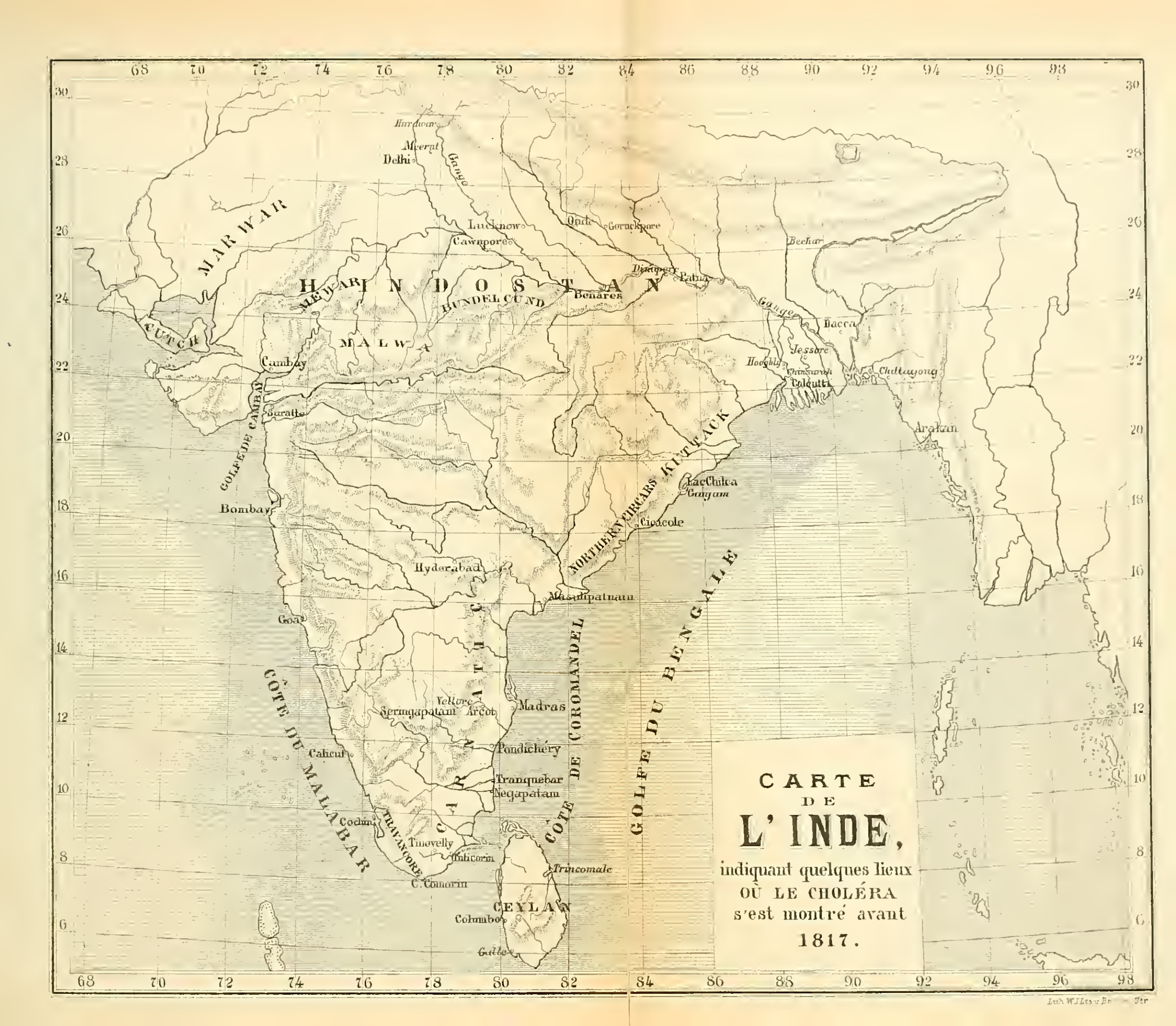
UTRECHT,

C. H. E. BREIJER.

1885.

PARIS,
G. CARRÉ,
112, boulevard St.-Germain.

BRUXELLES,
A. MANCEAUX,
12, rue des Trois-Têtes.


CARTE
DE
L'INDE,
indiquant quelques lieux
OÙ LE CHOLÉRA
s'est montré avant
1817.
HINDOSTAN
MARWAR
MEWAR
MALWA
BUNDELCUND
CUTCH
GOLFE DE CAMBAY
CÔTE DU MALABAR
CÔTE DE COROMANDEL
GOLFE DU BENGALE
NORTHERN CIRCARS
KITTACK
TRAVANCORE
CEYLAN
Hurdwar
Meerut
Delhi
Gange
Lucknow
Cawnpore
Oude
Goruckpore
Benares
Patna
Dacca
Jessore
Hooghly
Calcutta
Chittagong
Arakan
Cambay
Suratte
Bombay
Hyderabad
Masulipatnam
Cicacole
Ganjam
Goa
Madras
Vellore
Seringapatam
Arcot
Pondichéry
Calicut
Tranquebar
Negapatam
Cochin
Tinevelly
Tuticorin
C. Comorin
Trincomale
Columbo
Galle

CHAPITRE I.

Introduction.

Tout médecin qui a pratiqué pendant quelques années dans les Indes Néerlandaises, a rencontré des cas morbides, tellement semblables au choléra asiatique, que souvent il a eu des doutes sur l'exactitude de son diagnostic. Plus d'une fois le médecin le plus expérimenté a été indécis devant son malade; même en temps d'épidémie, l'observation la plus minutieuse des symptômes, la marche même de la maladie, ne peuvent pas toujours lever tous les doutes.

Ce que nous appelons le *choléra asiatique*, ou bien *cholera Indica sive epidemica* est une maladie *qui règne de temps en temps à l'état épidémique; qui, en Europe, ne se développe jamais spontanément, mais toujours sous l'influence de l'agent spécifique du choléra; elle se manifeste surtout par des vomissements violents et des déjections fréquentes assez semblables à l'eau de riz, et elle cause généralement une mortalité de* 50 °/₀ *des individus atteints.*

Parmi les maladies de l'Archipel Indien, que l'on peut confondre avec le choléra asiatique, il faut citer en pre-

mier lieu le *choléra nostras*, aussi appelé *cholera Europaea*, *choléra simple* et même *choléra sporadique*, dénominations qui nous paraissent moins justes. A notre avis on doit l'envisager *comme un simple catarrhe gastro-intestinal, qui d'ordinaire ne se montre qu'à l'état sporadique, rarement à l'état épidémique; il se manifeste par une transsudation séreuse abondante, évacuée par des vomissements et des selles; il peut avoir des causes différentes, mais bien traité, il n'amène jamais une grande mortalité.*

Hippocrate (460—377 avant J. C.) fait déjà mention du choléra nostras dans le troisième livre de ses aphorismes; il le cite parmi les maladies qui se présentent à un certain âge. Le même auteur rapporte encore (de morbis vulgaribus Lib. V sect. VIII 10), qu'un homme subitement atteint du choléra avait des déjections et des vomissements douloureux, et que les selles étaient plus fréquentes que les vomissements; que le malade ne pouvait sortir de son lit, que sa voix était affaiblie, qu'il avait les yeux caves et ternes, qu'il avait le hoquet et des convulsions qui partaient des intestins, et gagnaient l'estomac.

Hippocratis *aphorismi Libri III* 30.

30. His vero qui hanc aetatem superarunt, crebri anhelitus, morbi laterales, pulmonum inflammationes, lethargi, phrenitides, febres ardentes, diuturna alvi profluvia, cholerae, intestinorum difficultates et laevitates, sanguinis per ora venarum quae in ano sunt profusio, *αἱμοῤῥοΐδες* Graecis dictae.

Hippocratis *de Morbis vulgaribus Libri V Sect. VII.*

10. Quidam Athenis cholera correptus, tum vomebat, tum infra demittebat, & doloribus conflictabatur, ac neque vomitio neque alvi dejectio sisti poterat, voxque defecerat, nec lecto moveri pote-

rat, oculi caligine obducti & cavi, convulsiones detinebant, quae ab intestinis profectae ventriculum occupabant & singultus. Quod ex alvo secedebat, vomitione longe copiosius erat. Hic epoto veratro cum lenticulae succo, etiam insuper alterum lenticulae succum pro viribus ebibit, ac tandem post vomitum ei ambo coacta sunt & suppressa, veru perfrigescebat. At calida admodum multa lotus est a pudendis deorsum, in tantum ut etiam superiora incalescerent & vixit. Postridie vero polentam sumpsit —

Aurelius Cornelius Celsus, qui vécut de l'an 25 av. J. C. jusqu'à l'an 50 ap. J. C., nous donne une description plus claire de la maladie (de Medicina Lib. IV Caput XI). Après avoir mentionné les vomissements et les évacuations alvines simultanés, les tranchées et le gonflement du ventre comme des symptômes de choléra, il dit, que la bile s'évacue par le haut et par le bas; que cette bile ressemble d'abord à de l'eau, et que plus tard elle prend l'aspect de l'eau dans laquelle on a laissé macérer la viande fraîche, que parfois elle est blanche, jamais noire ni de couleur variée; il ajoute que c'est pour cette raison que les Grecs donnent à cette maladie le nom de choléra. Outre ces symptômes, dit-il, on constate souvent encore des contractures aux jambes et aux mains, une soif brûlante et des syncopes, de sorte qu'on ne doit pas s'étonner si le malade meurt subitement, quand tous ces symptômes se présentent à la fois. Cependant il n'est aucune maladie à laquelle on puisse porter un plus prompt secours.

Aurelii Cornelii Celsi *de Medicina Libri V Sect. VII.*

De intestinorum morbis & primo de Cholera.

A visceribus ad intestina veniendum est, quae sunt & acutis & longis morbis obnoxia. Primoque facienda mentio est cholerae, quia commune id stomachi atque intestinorum vitium videri potest. Nam simul & dejectio & vomitus est: praeterque haec inflatio

est, intestina torquentur, bilis supra infraque erumpit, primum aquae similis, deinde ut in ea recens caro lota esse videatur, interdum alba, nonnunquam nigra vel varia. Ergo eo nomine morbum hunc Χολέραν Graeci nominarunt. Praeter ea vero quae supra comprehensa sunt, saepe etiam crura manusque contrahuntur. Urget sitis, anima deficit, quibus concurrentibus, non mirum est, si subito quis moritur. Neque tamen ulli morbo minori momento succurritur, etc. etc.

Dans les oeuvres d'Arétée de Cappadoce (né vers le deuxième siècle après J. C.), on trouve dans le second livre, traitant des causes et des symptômes des maladies aiguës, une excellente description du choléra. C'est une maladie très aiguë, dit-il, se manifestant par un reflux des matières de tout le corps vers l'estomac, le ventre et les intestins. Les matières contenues dans l'estomac sont expulsées par le haut par le vomissement, mais les humeurs réunies dans le ventre et les intestins sont évacuées par le bas. Les premiers vomissements sont aqueux; des excréments fétides et liquides sont expulsés par l'intestin: car cette affection naît d'une indigestion prolongée. Les matières évacuées sont remplacées par d'autres, glaireuses d'abord, bilieuses ensuite. Au commencement elles sont évacuées facilement et sans douleur, mais plus tard il faut un effort violent de l'estomac et il survient des douleurs dans le ventre.

Quand la maladie s'aggrave, les maux de ventre deviennent plus aigus, les syncopes augmentent, les membres s'affaiblissent, le malade éprouve une grande anxiété et un dégoût prononcé pour les aliments; s'il prend quelque nourriture il vomit avec beaucoup de bruit une bile jaune foncé; les selles sont de même nature; à cela se joignent des attaques de nerfs: les muscles des bras et des jam-

bes se contractent, les doigts se crispent, il a des vertiges et le hoquet; les ongles deviennent bleus, un refroidissement se produit, les extrémités surtout sont froides comme de la glace, et tout le corps se raidit, mais en même temps le malade est couvert de transpiration froide.

Quand la fin fatale s'approche, de la bile noire est rejetée par le haut et le bas; le malade ne peut plus uriner; en partie, parce que la vessie est convulsivement contractée, en partie parce qu'elle ne rassemble plus d'urine par suite de la dérivation des humeurs vers les intestins; la voix s'affaiblit, le pouls devient très petit et fréquent, les efforts pour vomir sont inutiles; le malade sent le besoin d'aller à la selle, mais, comme dans le ténesme, il n'y a aucun résultat. La mort survient, après des convulsions, des contractions spasmodiques et des efforts inutiles pour vomir; elle est affreuse et très pénible.

Cette maladie est fréquente en été, moins fréquente en automne, rare au printemps et très rare en hiver. Quant à l'âge, ce sont surtout les adolescents et les adultes qui y sont exposés; les vieillards le sont moins, les enfants le sont davantage, mais ils courent moins de danger de mort.

Aretaei Cappadocis *de causis et signis morborum acutorum, Libri II Caput V.*

Cholera materiae recursus est ex universo corpore in stomachum, et ventrem, et intestina: malum acutissimum. Ea quidem, quae in stomacho congesta fuerint, supra per vomitum erumpunt; per inferiores autem vias, humores in ventre et intestinis collecti exeunt. Quae primo emoventur, aquosa sunt; stercora venter excernit liquida et odoris foedi: nam affectus hic ex assidua cruditate nascitur; ubi ista elota sunt, pituitosa prodeunt, ac deinde biliosa. In initio haec facile et sine dolore redduntur; postea vero cum stomachi intentione, ac ventris torminibus.

Si morbus increscat, graviora fiunt tormina, defectus animae, membrorum resolutio, anxietas, cibi fastidium, vel si quid assumant, bilis saturate flava cum multo sonitu ac nausea per vomitum erumpit; similes etiam deiectiones sunt; accedunt nervorum distentiones: crurum brachiorumque musculi contrahuntur: digiti incurvantur: vertigo fit et singultus: ungues livent: frigus oboritur et extremae praesertim partes algent, totumque corpus rigescit, sed simul sudore diffluit aeger.

Si pernicies in propinquo est, atra bilis sursum et deorsum effunditur: urina non redditur, tum quia convulsione premitur vesica, tum quia urinam non colligit propter humorum ad intestina derivationem; vox intercedit; pulsus exiguus et creberrimus, qualis in syncope: vomendi conatus assidui inanes: dejiciendi, sicut in tenesmo, cupiditas, absque ulla humoris excretione. Mors doloribus plenissima ac miserrima, quae convulsionibus et strangulatione et inani vomitu infertur.

Aestate hic affectus praecipue nascitur, postea auctumno, vere rarius, atque hieme rarissime. Et aetatibus eidem opportuni sunt iuvenes et qui aetate consistunt: senectus minime: pueri maxime, sed extra mortis periculum.

Aretaei Cappadocis *de curatione acutorum morborum* Libri II Caput IV. *Curatio cholerae.*

In cholera prodeuntium suppressio mala est, quia cruda sunt. Oportet itaque, si facile ac libenter exeant permittere; sin minus, ea incitare aquam tepidam sorbitione dantes, assidue quidem illam, sed parce, ne in stomacho fiant intentiones inanes convulsioni similes. At si intestina torqueantur et pedes algeant, alvus oleo calido, in quo ruta et cyminum inferbuerit perfundenda est ad eliciendos flatus: et imponenda lana. Pedes autem per perunctionem leniter fricandi, contrectando potius illos, quam premendo: idemque ut revocetur calor genibus tenus fiat; et quamdiu stercora infra et biliosa sursum prorumpunt, eadem facienda.

At si infra vetus omnis cibus profluxerit, iamque bilis exeat, biliosus item vomitus sit, et distentio et fastidium et anxietas et imbecillitas, aquae frigidae cyathos duos vel tres ad adstringendum ventrem exhibeto, ut ea humorum refluxum sistat utque stomachum

ardentem refrigeret; idque cum epotam aquam evomuerit, assidue continuetur; facile enim in ventre incalescit frigida; eamque stomachus per vomitum reddit calore gravatus, frigidas autem potiones continenter expetit

At si pulsus quoque tantum non omnino conciderit, et assidue et creberrime sese quasi persequatur, sudor autem circa frontem et iugula et per universum corpus guttatim effluat neque alvus constet et stomachus adhuc vomat cum intentione et animi defectu, vini quoque paululum aquae frigidae instillato bene olentis, adstringentis, ut et odore hominis sensus revocet, et corpus vi sua roboret, et nutriendi facultate sua id instauret. Vinum enim in superiores partes celeriter adscendit, ita ut humorum refluxum supprimat: item tenue est ut natura sua facile diffusum habitum corroboret, validum etiam ad vires deficientes sustinendas. Porro farina recens ac boni odoris inspergatur. At si omnia vehementer urgeant ut sudor et distentio non modo stomachi, sed etiam nervorum, singultus adsint inanes pedesque contrahantur et alvus plurima deiiciat, homo autem caliget, pulsus iam micare desinat, huius modi statum praevertere oportet; et si adsit aquae vinique multum dare, haud quaquam vero meracioris, ne id hominem inebriet nervosque offendat, sed cum cibo et panis frustulis huic intinctis. Reliquam quoque escam exhibeto, qualis a me in syncopes curatione tradita est: fructus horaeos adstringentes, sorba, mespila, mala cydonia, uvam.

Sed si stomachus omnia reddat, neque quidquam contineat, ad calidas potiones et escas revertendum: nam in quibusdam haec mutatio vomitum suppressit; calida vero sint calidissima. At si nihil horum profecerit, cucurbitulam inter scapulas et infra umbilicum affige; continenter autem hos transmuta, quia si diutius inhaerescant, dolorem movent et periculum est ne vesiculas quoque excitent. Interdum in aura leni gestatio profuit, ita ut spiritum resuscitaverit et alimentum in ventriculo continuerit et in homine respirationem facilem bonumque pulsum effecerit.

Quodsi haec vehementius increscant, ventri pectorique epithemata superdentur, qualia in syncope, palmulae vino intinctae, acacia, hypocystis quae cerato rosaceo excepta linteoque illita ventriculo

imponantur, at pectori mastichen, aloën, absynthii comam, cum cerato nardino, vel oenanthino tritam, toti pectori inducito. Pedes autem et musculos, si intendantur sicyonio, gleucino aut vetere oleo cum exigua cera perunge et castoreo resperge; ac si pedes frigescant, unguento etiam hos inunge, quod ex limnestide et euphorbio conficitur, et lanis involve et manibus contrectando dirige; quin etiam dorsi spinam et tendines et maxillarum musculos iisdem perungere expetit.

Quodsi post sudor alvusque supprimantur, cibosque stomachus admittat, neque per vomitum reddat, pulsus autem magnus sit ac validus, convulsio desinat, calor omnia occupet et ad extremas etiam partes pertingat, cuncta vero somnus concoquat, aeger secundo aut tertio die lotus ad consuetudinem redeat. Contra si omnia vomitu reiiciat, sudor non cohibendus effluat, homo frigidus fiat ac lividus pulsus iam pene sit exstinctus, et aeger defecerit, in eiusmodi re nihil medico magis expedit, quam ut honestam inveniat aufugiendi causam.

Caelius Aurelianus (vers l'an 400 après J. C.) nomme la maladie indiquée, cholerica passio, et il remarque, que quelques-uns lui donnent ce nom, parce que la bile s'écoule par la bouche et l'intestin et que d'autres au contraire, — qui admettent que les matières rejetées ne se composent pas de bile, mais y ressemblent seulement par leur couleur, — ont employé le mot à cause de la quantité considérable des matières qui s'écoulent. Tout cela importe peu, ajoute-t-il, car il n'y a aucun motif de s'arrêter à une querelle de noms.

Cette description de la maladie s'accorde en grande partie avec celle d'Arétée. Caelius Aurelianus cite encore les symptômes suivants: un sentiment de pesanteur et de gonflement de l'estomac, l'insomnie, une agitation continuelle, des borborygmes et une respiration précipitée. Il ne parle pas d'ongles bleus et recourbés, mais par contre il signale une coloration noirâtre du

visage, ainsi que des exacerbations et des intermittences. D'après lui les anciens font mention de cette maladie comme d'une affection très aiguë, qui ne durerait jamais jusqu'au lendemain; l'auteur raconte cependant les détails d'une convalescence.

Caelii Aureliani *de morbis acutis & chronicis libri VIII.*

Libri III Caput XIX. De cholericis.

Cholericam passionem ajunt aliqui nominatam a fluore fellis, per os atque ventrem effecto, veluti fellifluam passionem. Nam *Χολὴν* fel appellant, *ῥοιὰν* fluorem: alii a multitudine fluentium humorum qui sunt similes felli. Non enim inquiunt esse fella, sed esse liquida in eundem colorem transeuntia: sed hoc differt nihil. Non est enim necessarium de etymologia certare passionis. . . . in cholerica vero passione utrunque concurrit, hoc est vomitus atque ventris fluor, cnm aliis quibusdam accidentibus signis, quae post memorabimus.

Libri III Caput XX.

Quae sequuntur eos qui cholerica passione afficiuntur.

Praecedit frequenter cholericos stomachi gravedo atque tensio: anxietas: jactatio: vigiliae: tormentum intestinorum cum sonitu, quem Graeci borborismon vocant. Ventris dolor: atque per podicem venti fluor nihil relevans: ructationes fumosae: nausea: salivarum fluor: gravedo thoracis cum membrorum defectu: surgente passione jugis vomitus, & primo corrupti cibi, sicut frequenter occurrit, & humoris atque fellis flavidi: dehinc vitellis ovorum similes: tunc prasii atque aeruginosi: ultimo etiam nigri: ventris quoque turbatio cum dolore: & egestio vomitorum similis, hoc est spumosa, & acerrima cum frequenti delectatione vomendi. Crescente passione aquati atque tenuis liquoris fit egestio & aliquando similis loturae carnis. Feruntur etiam cum his humoribus plerunque subalbida desputa (pituitosa ramenta): sequitur etiam densitas pulsus, & articulorum frigus, atque vultus nigrore fuscatus: ardor, atque sitis

insatiabilis: spiratio celerrima: & contractio vel conductio membrorum, cum nervorum tensione, ac surarum & brachiorum. Praecordiorum etiam ad superiora raptus, cum dolore iliaco simili: aliquando etiam egestio ventris sanguinolenta, vultus in maciem atque tenuitatem deducti: oculi rubri: & in ultimo singultus. Ista denique acuta atque celerrima passio esse a veteribus memoratur, ut nunquam in secundum veniat diem. At si in meliorem partem vergere coeperit, ut levior fiat, articulorum atque corporis frigus infractum mitescit: & pulsus assurgens manifestior fit, ex altioribus ad superficiem veniens: parvae etiam, atque intervallis longioribus egestiones fiunt: & paulatim relevatior aeger efficitur. Accessiones (paroxysmos particulares) autem apprehendimus ex his, quae sunt passioni consequentia. Cum enim anxietas atque jactatio, confluentibus ad stomachum liquidis & contractio articulorum occurrerit, accessionem praesentem dicimus. At si post vomitum minus sibi aeger coeperit displicere, stomachi occurrerit relevatio & mitigata ventris mordicatione, cuncta minui adversa coeperint, dimissionem pronuntiamus. Generaliter autem passio est vehemens, atque acuta, vel celeris & aliquando solius solutionis, aliquando adjuncta ex aliqua parte strictura, ut dolores ostendunt stomachi, atque ventris & intestinorum & articulorum contractio. Magis autem patiuntur in ista passione stomachus & venter & intestina: caetera vero membra omnia corporis consentiunt.

Passons une quinzaine de siècles pour consulter le Dictionnaire de médecine pratique et de chirurgie du Dr. Alexandre Pougens. Notre choix s'arrêta principalement à cet ouvrage, parce qu'il parut en 1817, peu de temps avant qu'on apprit en Europe que le choléra asiatique régnait à Jessore à l'état épidémique. En feuilletant ce livre on trouve à côté du mot „Choléra morbus" les synonymes Trousse-galant, Passion cholérique, choléra et en même temps la description d'une maladie, qui a une grande ressemblance avec le

mal, que les anciens médecins ont décrit et dont ils font mention sous le nom de choléra ou de passio cholerica.

Choléra morbus, Trousse-galant, Passion cholérique, Choléra.

Symptômes du choléra humide.

. . . Il est souvent précédé de douleur et de pesanteur d'estomac, de chaleur brûlante dans les entrailles, de rapports aigres, d'anxiétés, d' insomnies et de vents par haut et par bas.

Le malade vomit d' abord un reste d' aliments; mais bientôt la bile paraît: elle est verte, jaune, d'un goût d' oeufs pourris; en même temps flux de ventre de matières âcres et séreuses, ensuite bilieuses et semblables à celles rendues par le vomissement. Les selles augmentent par les progrès de la maladie; on a vu des malades aller cent fois à la selle dans quelques heures et maigrir à vue d'oeil; douleurs et chaleurs violentes dans l'estomac et les entrailles; soif inextinguible; tranchées; vents; gonflement du ventre; contractions dans les bras et dans les jambes; pouls fréquent, petit, inégal. Par les progrès de la maladie selles sanguinolentes; froideur des extrémités; suppression des urines; visage plombé; yeux ternes: hoquet; respiration précipitée et irrégulière; défaillances; palpitations; convulsions; pouls insensible; prostration des forces; voix éteinte; efforts inutiles pour vomir; la mort enfin termine ces tourments." . . .

Prognostic. Cette maladie est très dangereuse: elle se termine en vingt-quatre heures, se prolonge le plus souvent jusqu'au quatrième jour, quelquefois jusqu'au septième, et jamais au delà."

Nous pouvons donc admettre que le choléra nostras a été observé en Europe à partir du temps d'Hippocrate jusqu'à l'année 1817. Examinons maintenant dans quelles circonstances et sous quel aspect il se présente encore de nos jours aux Indes Néerlandaises.

Le choléra nostras est souvent observé aux Indes Néerlandaises, peut-être plus souvent qu'en Europe, à toutes les époques de l'année, mais de préférence pendant la mousson sèche, quand des nuits froides succèdent aux grandes

chaleurs de la journée. Ce ne sont pas seulement les grandes différences de température, qui, par le refroidissement subit ou irrégulier du corps, y causent la maladie, mais aussi les ingesta, soit que, par suite de la haute température et de l'humidité, ils aient subi une altération nuisible, soit que sans être gâtés, on les prenne en une trop grande quantité, ou qu'ils soient mal préparés. C'est ainsi que je vis souvent se déclarer le choléra nostras chez des personnes qui avaient mangé des crevettes, gâtées par la chaleur du soleil ou mal pelées, qui s'étaient nourries de viande, de poisson ou d'huîtres en voie de décomposition; différentes sortes de fruit, le lait caillé ou la mauvaise eau potable (de l'eau des rizières) et les boissons fermentées ont produit les mêmes effets. Les fortes émotions de l'âme semblent pouvoir causer également chez des tempéraments nerveux une attaque de choléra nostras [1]).

Quoique aucun symptôme ne suffise à distinguer nettement les deux formes du choléra, on pourra cependant éviter une erreur de diagnostic, en faisant attention à la couleur et autres qualités des selles, à l'urine, au manque d'un stadium prodromorum et enfin par le cours favorable de la maladie, et la connaissance des causes de l'indisposition. Il peut cependant être difficile de s'en rendre compte, quand la maladie est causée par l'emploi de substances qui, en général peu nuisibles, deviennent toxiques dans des circonstances peu connues. On pourrait citer les pépins de Kenari (Canarium commune), les amandes et d'autres semences pareilles, qui,

---

1) Bontius nous raconte, qu'il eut une vive attaque de choléra „per imaginationem" après avoir goûté de la chair de crocodile à la table du gourverneur-général J. P. Koen.

quand elles ne sont pas bien mâchées, peuvent produire chez les enfants un catarrhe intestinal. Ce qui est moins connu, c'est que le riz récemment récolté cause souvent une diarrhée de matières liquides, séreuses et peu colorées chez le nourrisson, qui, aux Indes Orientales Néerlandaises, prend de très bonne heure du riz avec le lait. Il s'agit dans ce cas d'une irritation de la muqueuse intestinale par les épicarpes. En recherchant soigneusement la cause d'un catarrhe intestinal chez un enfant Européen de huit mois, je trouvais ces petites membranes dures dans les selles et dans les matières vomies. J'avais la certitude que l'enfant n'avait pris que du lait de vache et du riz bien cuit; je fis cesser l'emploi du riz, et bientôt la diarrhée s'arrêta, sans que j'eusse changé de médication. Plus tard j'ai vu se manifester plusieurs cas de diarrhée chez des enfants de tout âge par la même cause; elle cessait quand on leur donnait du riz vieux au lieu de riz nouveau.

A *Bezoekie*, situé dans un pays extrêmement fiévreux, j'ai observé toutes les formes connues de fièvres hélodes ou paludéennes. Une nuit y logeant chez un ami je fus réveillé par les gémissements de mon hôte; il se plaignait d'un mal de ventre atroce; il vomissait et avait des selles fréquentes de matières transparentes et peu colorées. Il n'avait pas de fièvre, les membres étaient même très froids, le pouls presque insensible, et une grande anxiété se peignait sur son visage. J'avais remarqué qu'il se portait très bien les jours précédents et qu'il n'avait pris d'extraordinaire que beaucoup de djamboe bidji (Psydium Guajave) étuvé avec du vin et du sucre, sans que son cuisinier en eût retiré les petites semences fort âcres. Après une recherche minutieuse, je retrouvai

ces petits corps décolorés, durs et non digérés dans les selles. Tant que ces objets y furent trouvés, les symptômes de la maladie continuèrent. Pendant les deux jours que dura la maladie, le malade se sentait très faible, il avait la voix rauque, de temps en temps des crampes dans les mollets; j'eus l'intime conviction, que tout cela était causé par l'irritation produite par les semences du susdit fruit.

Plus tard un autre cas, que je constatais chez un soldat indigène à *Bandjermasin* en présence d'un confrère plus âgé, finit en quelques heures par la mort. Là encore les symptômes présentaient une grande ressemblance avec ceux du choléra asiatique. Cet indigène avait mangé beaucoup de djamboe bidji crû, qu'il n'avait pas bien mâché, et il avait avalé tous les pépins. Lorsque j'attribuai la cause de la maladie à l'usage déraisonnable de ce djamboe, fondant mon opinion sur mes premières observations, mon confrère ne put partager mon opinion, tant que l'autopsie n'en eût constaté la justesse. — Dans plusieurs parties de l'île de Java, mais surtout dans la résidence de *Bezoekie*, les indigènes mangent en grande quantité le samangka (Citrullus Edulis). Il est reconnu depuis longtemps que ces fruits rafraîchissants, les mêmes que Bontius nomme melones aquaticae, sont nuisibles quand on en mange trop. Cependant j'ai souvent vu, dans cette résidence, que l'ingestion de petits morceaux du samangka causait des symptômes alarmants d'empoisonnement, qui ressemblaient à s'y tromper, à ceux du choléra. J'en fus étonné, et je fis tout mon possible pour trouver la cause de cet étrange phénomène. Les samangkas se vendaient en grands tas dans les bazars ou bien sous un soleil brûlant le long des routes.

On comprendra aisément que tous ces fruits ne se vendaient pas en un jour. Parmi ceux qui restaient et qu'on gardait pour le prochain marché, j'en remarquai quelques-uns, dont la pelure, tout près de la tige du fruit, était devenue molle et décolorée ; la pulpe à cet endroit avait aussi subi une décoloration, et quand on prenait par la tige ces fruits gâtés, celle-ci se détachait, quand on essayait de soulever le gros et pesant fruit. Je demandais dorénavant aux malades empoisonnés par le samangka, si le fruit qu'ils avaient pris était gâté et souvent je recevais une réponse affirmative. Ce fait me porte à penser que dans ces cas l'intoxication était due à l'absorption d'agarics.

Vers la fin de 1860, pendant l'expédition de *Céram*, j'assistai à une petite épidémie de choléra nostras, laquelle doit être attribuée à la même cause. Les troupes expéditionnaires étaient campées dans un kampong de la côte méridionale de l'île, non loin de la plage, lorsqu'un certain jour, dans un intervalle de deux heures, j'eus à traiter douze soldats, qui avaient de fortes diarrhées et des vomissements continuels. Les excréments étaient très liquides et incolores, le pouls était à peine sensible. La maladie ressemblait à s'y tromper au choléra asiatique au commencement du stadium algidum. Cependant nulle part dans l'archipel Indien on n'avait entendu dire que cette maladie régnait, de sorte qu'il devait y avoir une autre cause en jeu. Par menaces et par bonnes paroles j'appris bientôt d'un caporal, que lui et ses camarades avaient bu du saguweer doux. Cette communication qu'il n'avait osé faire par crainte d'une punition, parce que pour de bonnes raisons on avait sévèrement défendu de boire du saguweer, fut pour moi un indice précieux. Je me fis montrer l'arbre dont on avait extrait le saguweer. Il se

trouvait sur la lisière d'un bois; le tuyau de bambou, qui servait à recueillir le suc qui en découlait, pouvait à peine contenir deux litres de liquide, mais il était exposé aux rayons brûlants du soleil. Après examen, je constatai que le contenu avait fermenté sous l'influence de la chaleur, de sorte que je m'expliquais bien comment de petites quantités de cette boisson, innocente dans les circonstances ordinaires, avaient pu causer des symptômes tellement alarmants. Si je me rappelle bien, dix-huit personnes furent atteintes du choléra nostras, à cette occasion, et toutes guérirent. — Je n'oserais pas affirmer que dans les Indes Néerlandaises des épidémies de choléra nostras se soient présentées avec des caractères, qui, même pour le médecin le plus expérimenté, offraient une grande analogie avec le choléra asiatique; mais je trouve le fait très vraisemblable. Des épidémies de choléra nostras furent mentionnées en Europe au seizième et au dix-septième siècle par Foreste (1559—1565), par Rivière (1645) et par Sydenham (1679—1682). En ce qui concerne l'opinion de ce dernier, qu'on cite dans plusieurs manuels, comme preuve que le choléra nostras peut être épidémique, — nous trouvons noté chez Macnamara (A history of asiatic cholera) que Sydenham donna à cette épidémie le nom de choléra, mais qu'un contemporain, le Dr. Wells, médecin très habile et très savant, prétendait que la maladie décrite par Sydenham n'était pas le choléra, mais une forme très grave de dyssenterie, qui sévit à Londres, et ne s'étendit qu'à une distance de trois kilomètres de la ville. Le Dr. Wells attribuait la maladie à des influences locales et dit formellement qu'elle ne pouvait se communiquer des malades aux personnes bien portantes, et que la campagne resta exempte de la maladie.

Sydenham dit: „les cas de choléra [nostras] nous annoncent l'été, comme les hirondelles annoncent le printemps."

Les épidémies d' *Alkmaar*, de *Delft* et de *Nîmes*, qui ont été observées par Foreste et Lazare Rivière, prirent probablement fort peu d'extension. Foreste n'aurait même recueilli que sept observations, faites à différentes époques, de 1559 à 1565, chez des malades qui avaient pris des aliments nuisibles ou des drastiques. Lazare Rivière décrit dans les termes suivants l'épidémie de Nîmes: „En cette année 1645 régna la maladie, qu'on appelle le choléra; elle fit mourir en quatre jours bon nombre de personnes, qui en étaient atteintes; mais ceux qui invoquèrent le secours de la médecine guérirent presque tous."

Nous avons bien moins l'intention de vérifier l'exactitude de ces rapports, que de faire connaître que dans ces derniers temps l'exactitude des faits a été fortement mise en doute. S'il en est ainsi des rapports Européens, qu'on pouvait si facilement contrôler en Europe, il ne me semble pas superflu d'examiner à nouveau les communications touchant le choléra, qui nous vinrent des Indes et que plusieurs auteurs nous présentent comme des preuves convaincantes, que le choléra asiatique y régnait déjà avant 1817; nous verrons en même temps jusqu'à quel point elles peuvent être regardées comme authentiques.

Outre les formes ci-dessus mentionnées du catarrhe gastro-intestinal, que nous avons nommées choléra nostras, il se présente encore aux Indes Néerlandaises plusieurs maladies, qu'on peut confondre avec le choléra asiatique, et qui pourtant ne sont que des empoisonnements par la malaria. Chez les jeunes enfants ce sont des diarrhées intermittentes, qu'on combat avec succès en employant la

quinine; chez les adultes, les différentes formes pernicieuses de fièvres malariennes, surtout la febris intermittens algida et cholerica. Ces fièvres se présentent souvent en même temps que le choléra asiatique. La ressemblance est quelquefois telle, que celui qui a vu ces cas, ne s'étonne pas, que plusieurs médecins crurent le choléra asiatique identique à ces formes pernicieuses de fièvres malariennes.

Faute de renseignements médicaux, on mentionna maintes fois dans les rapports officiels comme des épidémies de choléra, des gastrites et des fièvres rémittentes. Ces dernières règnent souvent à l'état épidémique parmi la population indigène de l'archipel Indien et augmentent considérablement la mortalité. La vérité se fit jour quand on eut envoyé sur les lieux un officier de santé ou bien un médecin civil. L'expérience de ces cinquante dernières années a suffisamment prouvé que de pareilles épidémies peuvent entraîner la mort de milliers d'hommes sous le climat tropical. Une grande mortalité n'est donc pas une preuve que le choléra y règne, lors même que l'on rapporte, que la maladie se manifeste par les vomissements et la diarrhée. On trouve dans le rapport colonial de l'année 1881, que, d'après les renseignements des fonctionnaires dirigeants, plus d'un demi-million (544.390) de personnes avaient été atteintes de fièvres épidémiques et qu'en moyenne 14 °/₀ ou en tout 74.811 malades avaient succombés. Il y aurait peut-être quelque chose à rabattre de ces chiffres. Cependant le fait est, que la mortalité était excessivement grande parmi la population indigène; la nature de la maladie, qui fit tant de victimes, a été parfaitement contrôlée par différents médecins Européens, et tous étaient unanimes à déclarer qu'on avait affaire à des fièvres de malaria.

Nous fixons l'attention sur ce point pour faire ressortir, que les rapports sur le choléra, datés des siècles précédents, ne peuvent être acceptés qu'avec la plus grande réserve, et en même temps pour expliquer pourquoi nous avons donné au choléra nostras une acception plus large que la science ne le comporte.

Dans l'édition hollandaise de notre „Histoire du choléra aux Indes Orientales avant 1817" nous avons mentionné et commenté séparément un grand nombre de communications sur le choléra.

Nous y avons reproduit plusieurs documents officiels traitant de l'état sanitaire à bord des navires de la Compagnie Néerlandaise des Indes Orientales, ainsi que de la mortalité dans les hôpitaux de Batavia. De cette manière nous avons fourni au lecteur l'occasion de contrôler nos conclusions. Nous aurions voulu suivre la même méthode dans l'édition française; mais de grands obstacles nous en ont empêché. Il nous était impossible de reproduire les citations détaillées et les documents officiels dans une autre langue que celle, dont les auteurs se sont servis, tant à cause des idiotismes tout particuliers à chaque langue, que des termes scientifiques obsolètes que l'on y trouve. Notre traduction aurait été défectueuse et nos preuves en auraient perdu de leur valeur. C'est pourquoi nous nous sommes décidé d'exposer dans notre édition française les résultats de nos recherches historiques. Nous nous bornerons donc à un examen comparatif et plus général des rapports, qui ont été faits sur le choléra; nous indiquerons dans notre abrégé les paragraphes du livre hollandais où le lecteur pourra vérifier l'exactitude de nos citations.

Afin que le lecteur puisse se faire une idée de l'ouvrage hollandais, que nous suivons et auquel nous renvoyons

fréquemment, nous croyons bien faire, en faisant suivre ci-dessous la table des matières de ce travail.

CHAPITRE I.

INTRODUCTION.

Définition du choléra asiatique et du choléra nostras.
Hippocrate (460—377 avant J. C.).
Aurelius Cornelius Celsus (25 avant J. C.— 50 après J. C.).
Aretaeus de Cappadoce.
Caelius Aurelianus (environ 400 après J. C.).
Alexandre Pougens. Choléra morbus, Trousse-galant, Passion cholérique, choléra.
Causes de choléra nostras aux Indes Néerlandaises.
Petite épidémie de choléra nostras à Ceram en 1860.
Épidémies de choléra nostras en Europe au 16e et au 17e siècle, décrites par Forestus, Riverius et Sydenham.
Indication de quelques maladies, qu'aux Indes Neerlandaises on confond quelquefois avec le choléra asiatique.

CHAPITRE II.

CHOLÉRA AUX INDES AVANT 1817.

§ 1. Suçruta et Caraka. Comparaison des traductions de Haeser, Liétard et Wise. Nouvelle traduction du Professeur Kern.
§ 2. Lopo Soarez 1504. Peste dans l'armée du Samorin de Calicut.
§ 3. Gaspar Correa 1543. Moryxy à Goa.

§ 4. Christoval d'Acosta et Gaspar Correa. Moryxy à Goa en 1543 d'après la relation originale des Lendas da India.

§ 5. Garcia de Orta 1563. Morxi à Goa.

§ 6. Jean Huygen van Linschoten 1584. Mordexijn à Goa.

§ 7. Vincent le Blanc ± 1585 et François Pyrard ± 1620. Mordesin à Goa.

§ 8. John Albert de Mandelslo 1639. Mordexin à Goa.

§ 9. Philippus Baldaeus ± 1660. Maladies à Goa.

§ 10. Le Général Beaulieu 1620. Epidémie à Sumatra.

§ 11. Jacobus Bontius 1627 à 1631. Choléra à Batavia.

§ 12. La „Warande" des Indes Orientales et Occidentales en 1694 et description du choléra au Brésil 1658.

§ 13. Lettre de Jacobus Bontius à son frère 1631.

§ 14. Bontius. Mordexi à Java.

§ 15. Zacutus 1642. Choléra en Europe, en Mauritanie et en Arabie.

§ 16. De Thevenot 1664. Usage immodéré de fruits en Perse.

§ 17. De Thevenot 1666. Mordechin aux Indes Anglaises.

§ 18. Dellon 1668—1677. Mordechi à Goa.

§ 19. Johan Freyer 1672—1681. Maladies à Bombay. Choléra morbus à Suratte, Mordicheen, etc.

§ 20. Le lieutenant-colonel Tod 1661, 1681 et 1684. Maladies pestilentielles à Mewar et à Marwar.

§ 21. Wouter Schouten 1658—1665. Grande mortalité à bord du vaisseau Nieupoort et dans l'armée du roi de Visiapour.

§ 22. Bartholomeus Pielat 1679. Choléra ou Bort à Ceylan.

§ 23. Nicolaus de Graaff 1670. Maigola au Bengale.

§ 24. Engelbert Kaempfer 1690 jusqu'à Novembre 1692. Senki et choléra ou Bord au Japon.

§ 25. Andreas Cleyer 1682. Hô-luón en Chine.

§ 26. Willem ten Rhijne 1683 et 1687. Cautérisation des pieds en cas de choléra morbus et la piqûre d'aiguille en cas de colique.

§ 27. Homberg ± 1688. Cautérisation des pieds avec un fer rouge dans un cas de colique à Java.

§ 28. John Ovington 1684 et 1691. Merdechine à Suratte.

§ 29. Forbin 1687. Grande mortalité à Masulipatan.

§ 30. Gemelli Carreri 1695. Peste à Baçaim. Mordazin à Damaun.

§ 31. Georgius Everhardus Rumph ou Rumphius 1690. Bort ou choléra aux Moluques.

§ 32. François Valentijn 1686—1713. Mordexin à Goa.

§ 33. Valentijn 1686—1713. Bord ou la colique à Amboine.

§ 34. Arent Blankert 1695—1712. Bort ou choléra aux Indes Orientales.

§ 35. Luillier 1702. Mort de chien au Bengale.

§ 36. Johnson 1756. Choléra morbus sur la flotte anglaise.

§ 37. James Lind 1762. Fièvres bilieuses au Bengale.

§ 38. Rouppe 1760. Choléra morbus à Curaçao. Mordechin.

§ 39. Bogue. Grande mortalité à Calcutta en 1757.

§ 40. James Lind. Climatologie de quelques colonies Européennes aux Indes Orientales.

§ 41. John Clark. Voyage du Talbot au Bengale en 1768 et 1769.

§ 42. „ „ Colera, Diarrhaea, Dry-belly-ach et Dysentery.

§ 43. „ „ 1770. Climatologie de la Côte du Malabar. Colera à Bombay.

§ 44. John Clark. ± 1770. Climatologie de la Côte de Coromandel. Colera à Madras.

§ 45. „ „ 1768 en 1769. Climatologie du Bengale. Colera au Bengale.

§ 46. „ „ 1771. Dry-belly-ach à Madras et au Bengale.

§ 47. „ „ 1770—1792. Mortalité sur les vaisseaux anglais. Mortalité de coup de soleil et du colera à Bombay.

§ 48. Sonnerat 1768—1773 et 1774—1781. Flux aigu et autres maladies épidémiques aux environs de Pondichéry. Apparition fréquente de mort de chien aux Indes.

§ 49. „ Fièvres épidémiques à Madagascar.

§ 50. Le Gentil 1768—1770. Mordechin à Pondichéry.

§ 51. Stavorinus 1769. Jounibaad au Bengale.

§ 52. „ 1770. Famine au Bengale.

§ 53. „ 1774—1778. Voyage à travers l'archipel Indien.

§ 54. Francis Balfour 1769—1789. Pucca fever à Calcutta.

§ 55. Johannes Gerhardus König 1782. Dysenteria apoplectica à Tranquebar.

§ 56. Thomas Girdlestone 1782. Tetanus à Madras.

§ 57. Grande mortalité à Batavia causée par la fièvre putride rémittente ± 1756.

§ 58. Principales maladies à Batavia vers l'an 1782.

§ 59. Franciscus Henricus Assmus ± 1789. Choléra à Batavia.

§ 60. Mac Rae 1790—1818. Choléra parmi les troupes du lieutenant-colonel Cockwell et dans le district Chittagong.

§ 61. Macnamara 1782—1817. Choléra en divers endroits aux Indes Anglaises.
§ 62. James Johnson. Fièvre de Bengale.
§ 63. „ „ Fièvre de Batavia vers l'an 1800.
§ 64. „ „ Choléra morbus.
§ 65. „ „ Mort de chien à Trincomale.
§ 66. Frederick Corbyn. Cholera asiatica à Jessore 1817.
§ 67. James Jameson. Le choléra morbus épidémique au Bengale en 1817, 1818 et 1819.
§ 68. „ „ L'épidémie de 1817.
§ 69. „ „ Rise and progress of the Epidemick.
§ 70. Jacobus Reinier Vos. Choléra morbus au Bengale en 1817.
§ 71. „ „ „ Caractère contagieux du choléra morbus en 1817.
§ 72. James Annesley 1811—1824.
§ 73. „ „ Un cas de gastritis acuta.
§ 74. „ „ Les différentes formes de choléra.
§ 75. „ „ 1825. Signification de l'expression „épidémique". Aperçu de l'histoire du choléra.
§ 76. „ „ Symptômes du choléra épidémique.

CHAPITRE III.

Mortalité à bord des navires envoyés aux Indes par la Compagnie des Indes Orientales.

§ 77. Mortalité à bord de quelques navires envoyés en 1643.
§ 78. „ „ „ du navire Meerensteyn 1696.
§ 79. „ „ „ „ „ Sorgwijk 1734.

§ 80. Mortalité à bord du navire de Boot 1734.
§ 81. Extrait du journal de Johannes Schoeman tenu à bord du navire Stadtwijck 1734.
§ 82. Mortalité à bord du navire Landscroon 1734.
§ 83. „ „ „ „ „ Meerlust 1735.
§ 84. „ „ „ „ „ Flora 1736.
§ 85. Un cas de choléra morbus à bord du navire Het huis te Marquette in 1736.
§ 86. Mortalité à bord du navire Wickenburg 1739.
§ 87. „ „ „ „ „ Het kasteel van Woerden 1743 et 1744.
§ 88 „ „ „ „ „ Vlietlust 1765.
§ 89. „ „ „ de quelques navires arrivés à Batavia en 1768.
§ 90. Radermacher 1767. Remarques concernant le voyage aux Indes Orientales.
§ 91. „ 1768. Remarques concernant le peuple (les marins et les soldats) et les hôpitaux aux Indes.
§ 92. Extrait du journal de Carel Fredrik Sacket, tenu à bord du navire Borselen 1771.
§ 93. Mortalité générale sur les navires de la Compagnie des Indes Orientales qui arrivaient en 1766, 1767 et 1768 des Pays-Bas à Batavia.
§ 94. Mortalité sur les navires de la Compagnie des Indes Orientales en 1769.
§ 95. Mortalité sur les navires de la Compagnie des Indes Orientales en 1778, 1779 et 1780.
§ 96. Causes de la grande mortalité sur les navires de la Compagnie des Indes Orientales.

CHAPITRE IV.

MORTALITÉ DANS LES HÔPITAUX DE BATAVIA.

§ 97. État sanitaire de Batavia au dix-septième siècle.

§ 98. Le tremblement de terre à Batavia du 5 Janvier 1699.

§ 99. Missive du Gouverneur-Général Mr. Dirk van Cloon et du Conseil des Indes aux Directeurs de la Compagnie Générale des Indes Orientales 1733.

§ 100. Missive du Gouverneur-Général Abraham Patras et du Conseil des Indes aux Directeurs de la Compagnie Générale des Indes Orientales 1735.

§ 101. Extrait d'une missive générale adressée à son Excellence le Gouverneur-Général et au Conseil des Indes à Batavia, datée du 10 Septembre 1738.

§ 102. Observations sur la situation de Batavia en réponse à la demande des Seigneurs XVII sur la cause de la grande mortalité en cette ville et sur les mesures qu'il y aurait à prendre pour prévenir ou éloigner cette calamité.

§ 103. Avis du docteur Henricus van Santen, Batavia 7 Avril 1753.

§ 104. Avis de Christiaan Kleynhoff. Batavia 1753.

§ 105. Rapport de A. Bohn. Batavia 28 Avril 1753.

§ 106. Rapport de J. A. Stier, H. G. Schröder, J. Soual, G. W. Rasche et Theodoor Pierson. Batavia 7 Juin 1753.

§ 107. Avis de J. A. Paravicini. Batavia 1753.

§ 108. Extrait des notules des Résolutions du Conseil des Indes du 19 Juillet 1768.

§ 109. Rapport de A. J. Dekker, daté du 12 Septembre 1768.

§ 110. „ „ Caspar Ludeker, daté du 5 Septembre 1768.

§ 111. „ „ Johannes Paulus Hofman, daté du 6 Septembre 1668.

§ 112. „ „ H. E. Schreuder, daté du 12 Septembre 1768.

§ 113. „ „ S. G. Kriel, daté du 12 Septembre 1768.

§ 114. „ „ G. Maas, daté du 12 Septembre 1768.

§ 115. „ „ J. de Put, chef des médicaments et de la Chirurgie.

§ 116. Données numériques concernant les Européens, qui arrivés à Batavia de 1714 jusqu' en 1768, y moururent ou se repatrièrent.

§ 117. Mortalité dans les deux hôpitaux de Batavia en 1768.

§ 118. Mortalité dans les deux hôpitaux en 1769.

§ 119. Totalité des malades traités et des morts dans l'Hôpital Intérieur à Batavia du 1er Janvier 1766 jusqu'au 1er Octobre 1768.

§ 120. Totalité des malades traités et des morts dans l'Hôpital Extérieur du 1er Janvier 1766 jusqu'au 1er Octobre 1768.

§ 121. Mortalité comparée dans les deux hôpitaux du 1er Janvier 1766 jusqu'au 1er Octobre 1768.

§ 122—125. Considération générale des causes de l'état insalubre de Batavia au dix-huitième siècle.

CHAPITRE V.

APERÇU GÉNÉRAL DES RAPPORTS SUR LE CHOLÉRA.

§ 126. Rapports des écrivains Hindous.
§ 127. Choléra à Goa au 16ième siècle.
§ 128. „ „ Sumatra vers 1620.
§ 129. „ pendant la première moitié du 17ième siècle à Java, aux Indes Occidentales, en Arabie et sur la côte septentrionale de l'Afrique.
§ 130. „ pendant la seconde moitié du 17ième siècle aux Indes Anglaises, à Ceylan, à Java, en Chine et au Japon.
§ 131. „ aux Moluques à la fin du 17ième et au commencement du 18ième siècle.
§ 132. „ aux Indes Orientales pendant la première moitié du 18ième siècle.
§ 133. Adoration de la déesse du choléra, Oola Beebee, à Calcutta.
§ 134. Quelques avis concernant la mort de chien pendant la première moitié du 18ième siècle.
§ 135. Choléra sur la Côte du Malabar pendant la seconde moitié du 18ième siècle.
§ 136—139. Choléra sur la Côte de Coromandel pendant la seconde moitié du 18ième siècle.
§ 140, 141. Choléra au Bengale pendant la seconde moitié du 18ième siècle.
§ 142. Choléra sur les navires au 18ième siècle.
§ 143. Choléra aux Indes au commencement du 19ième siècle.
§ 144. Le choléra épidémique de 1817.

CHAPITRE II.

Mortalité à bord des navires envoyés aux Indes par la Compagnie des Indes Orientales.

Le docteur John Macpherson, l'auteur bien connu des „Annals of cholera from the earliest periods to the year 1817," (London 1872) a exprimé l'idée, que les archives coloniales du Portugal et de la Hollande renferment probablement de plus amples détails concernant l'apparition du choléra aux Indes avant 1817.

Un examen attentif des journaux de navires au „Rijks-Archief" à La Haye, nous a prouvé qu'on ne fait nulle part mention du choléra asiatique. La grande mortalité sur les navires de la Compagnie des Indes Orientales au 17ième et au 18ième siècle doit être attribuée, d'après les documents officiels, aux circonstances suivantes:

1°. Autrefois les équipages des navires et les soldats de l'armée des Indes étaient recrutés par des personnes rusées et intéressées, qui n'étaient guère scrupuleuses dans leur choix. Il paraît aussi que souvent des individus moins propres au service, étaient échangés avec les personnes recrutées. On ne songeait pas à les sou-

mettre à un examen médical; leur moralité laissait beaucoup à désirer, et à peine étaient-ils en mer qu'on s'apercevait que plusieurs d'entre eux étaient incapables de supporter les fatigues de la vie maritime.

2°. Les navires étaient mal aménagés, la ventilation était mauvaise; l'espace manquait complètement, marchandises et hommes, tout était entassé. Le docteur G. Maas déclara encore en 1768: „qu'une tempête ou la pluie suffisent pour causer des maladies parmi les hommes les plus sains, qui restent longtemps enfouis dans l'entre-pont."

3°. La fourniture des provisions du vaisseau était confiée aux officiers, à raison de 6 à 7 sous par homme et par jour. L'art de conserver des aliments était à peu près inconnu. Les provisions étaient souvent déjà gâtées quand elles étaient livrées à bord. Des capitaines rapaces cherchaient souvent leur bénéfice à chicaner sur les rations de l'équipage et à vendre ou à échanger les provisions qui restaient. Même les aliments pour les malades qui, moyennant paiement, devaient être distribués par les capitaines des navires, étaient souvent refusés aux patients. Les plaintes à la suite de ces actes vils étaient nombreuses, surtout dans le 18ième siècle. Le genièvre n'était pas compris dans l'alimentation ordinaire. Les matelots se pourvoyaient d'un fût de genièvre avant de s'embarquer et quand cette provision était épuisée, ils pouvaient acheter des spiritueux aux officiers, ou même les obtenir en échange de vêtements neufs.

4°. L'eau potable était rarement distribuée et la plupart du temps elle était gâtée.

5°. L'inspection des vêtements et de la literie à bord était insuffisante ou nulle. Les marins devaient en prendre

soin eux-mêmes; ils étaient excessivement malpropres, et souvent les vêtements les plus nécessaires leur manquaient pour se défendre contre les intempéries de l'air.

6°. Les voyages duraient longtemps. Il fallait 4 à 5 mois pour aller des Pays-Bas au Cap de Bonne Espérance. Le déchargement et le chargement des navires, qui se faisaient souvent sur des rivages insalubres, demandaient beaucoup d'efforts et à mesure que le personnel venait à manquer, à cause de maladies et d'autres circonstances, on exigeait toujours plus de travail de la part de l'équipage valide. L'approvisionnement de bonne eau potable était surtout très difficile, et forçait souvent les matelots dans les contrées exposées à la malaria, à passer la nuit sur la plage sans aucun abri. On comprendra facilement que l'équipage, après une navigation de plusieurs mois, se livrait, dans les ports de mer, à toutes sortes de débauches, et que s'il ne pouvait descendre à terre, il cherchait et trouvait, même en rade, l'occasion d'exposer la santé par l'usage immodéré de fruits gâtés ou verts, et de mauvaises boissons.

7°. Les malades étaient mal soignés. Leur traitement médical était confié à bord de plusieurs vaisseaux à des chirurgiens en second (onder-chirurgijns) fort ignorants, qui ne méritaient guère le nom de médecin. En outre la quantité et la qualité des médicaments laissaient beaucoup à désirer.

8°. Enfin l'infection des navires, surtout au 18ième siècle, soit par des malades qui apportaient le contagium des maisons des marchands d'hommes et des hôpitaux, soit à bord même par la sentine ou la négligence des premières règles de l'hygiène.

B. Hussem dans sa dissertation sur la fièvre pu-

tride à bord des navires des Indes Orientales, nous dit: „Je ne veux pas entrer dans les détails sur l'installation de ces maisons des Racoleurs (Volkhouders) où séjournent d'ordinaire un si grand nombre d'hommes, qu'il est impossible de les loger convenablement; je veux faire remarquer seulement que dans plusieurs de ces maisons souvent nombre de personnes ont été enfermées pendant quelque temps, même pendant plusieurs mois de suite, dans des greniers et des caves souterraines avant de s'embarquer sur les navires sus-mentionnés. Je sais de fort bonne source, qu'entre autres dans une de ces maisons 300 de ces hommes étaient entassés dans un grenier très bas; ils devaient y vivre nuit et jour, et y déposer leurs ordures; ils n'avaient pas de place pour dormir, mais ils devaient se coucher pêle-mêle l'un sur l'autre. Parmi ceux-ci il y en avait plusieurs qu'on retenait malgré eux.

J'ai remarqué que dans les caves de pareilles maisons, quantité d'hommes étaient enfermés; quelques-uns y séjournaient déjà depuis près de 5 mois, et avaient respiré pendant ce temps une atmosphère contagieuse et malsaine.

La nourriture que ces hommes reçoivent dans ces maisons est ordinairement tellement mauvaise, qu'elle doit contribuer à prédisposer le corps aux maladies putrides. Ajoutez à cela que pendant les dernières années et surtout en 1771 et 1772 la fièvre putride régnait dans ces maisons parmi les équipages qui y demeuraient. Je sais que dans une d'elles 70 personnes à la fois étaient atteintes de cette fièvre, et que dans quelques-unes la mortalité a été tellement grande, que, n'osant déclarer le nombre des morts, on faisait enterrer deux cadavres dans un même cercueil."

Les maladies qui naissaient de ces influences défavorables, et occasionnaient la plus grande mortalité, étaient *différentes espèces de fièvres* (fièvres putrides = febris putrida, febris nautica, febris petechians, febris ardens biliosa, gangraena nautica), *le scorbut et la dyssenterie.*

Malgré que l'on ait supposé, que la grande mortalité à bord des navires de la Compagnie des Indes Orientales devait être attribuée au cholera asiatica, nous avons l'intime conviction, qu'aucun motif sérieux ne peut être allégué à l'appui de cette hypothèse. La seule fois qu'on fasse mention de *choléra morbus* (§ 85) à bord d'un navire, se rapporte à un cas de *choléra nostras*; et c'est pour nous une preuve que cette forme de choléra était très bien connue des chirurgiens en chef de ce temps, et qu'elle se terminait rarement d'une manière fatale. Quand on étudie la série des causes, qui favorisaient la naissance et le développement des maladies à bord des navires, on reconnaît qu'il était possible de les supprimer presque toutes, aussitôt qu'elles étaient constatées, et qu'on aurait pu aussi abréger notablement les voyages de mer.

Nous remarquons que déjà en 1778, 1779 et 1780 la mortalité sur les navires a subi une diminution importante, après qu'on eut fait quelques efforts sérieux pour faire observer mieux les prescriptions de l'hygiène. Nous constatons, d'après la „Liste des morts à bord des navires pendant le voyage de Texel au Cap'', que durant ces 3 années 87 personnes étaient mortes sur 21 navires; tandis que nous lisons dans le travail de B. Hussem sur la fièvre putride à bord des navires des Indes Orientales: „d'après

une liste qu'on m'a présentée, je sais que dans l'année 1772, 2898 hommes sont décédés sur 40 des navires hollandais partis pour les Indes; *presque tous sont morts de febris maligna putrida.*

Cette amélioration de l'état sanitaire à bord des navires de la Compagnie des Indes Orientales n'était pas accidentelle, mais doit être considérée comme la conséquence de mesures hygiéniques; nous avons établi ce fait dans l'édition Hollandaise par un document officiel, dans lequel on donne le détail des prescriptions concernant les vêtements de personnes qui avaient eu des maladies contagieuses.

CHAPITRE III.

MORTALITÉ DANS LES HÔPITAUX DE BATAVIA.

Dans la dernière moitié du siècle précédent *Batavia* était connu comme la ville la plus malsaine du monde, de sorte que le médecin anglais, le docteur James Lind, avait le droit de dire que „l'atmosphère malsaine de cette place a tué plus d'Européens, que toutes les guerres sanglantes faites dans ces pays par les Hollandais". Cependant il est certain, qu'au 17ième siècle Batavia n'était pas plus insalubre que d'autres places des Indes Néerlandaises. Gerret Vermeulen, qui débarqua le 17 février 1669 à *Batavia*, écrit page 28 de son „Voyage mémorable aux Indes Orientales 1668 jusqu'à 1674": „Cette ville est située dans l'île Grand Java, au bord de la mer, dans un pays marécageux, pourtant bien cultivé; elle est pourvue de remparts en pierre, sur lesquels se trouvent plusieurs corps de garde. A l'extrémité de la ville, sur le bord de la mer, se trouve un château-fort, où demeure

le Général ou Gouverneur avec ses officiers. *Cette place est la plus saine des Indes*, à cause de son excellente situation; elle est entourée d'une très agréable rivière, qui arrose les délicieux jardins situés autour de la ville, fait tourner 5 ou 6 moulins à eau, alimente les canaux de la ville, et se jette enfin dans la mer. *Cette abondance d'eau entretient la propreté de la ville et contribue à sa salubrité:* elle permet au peuple de se baigner souvent, car les Indiens, pareils en cela aux canards, sont constamment dans l'eau."

Tavernier dit en 1648, à propos de l'eau potable à *Batavia*, dans son: „Histoire de la conduite des Hollandais en Asie": „C'est la plus belle eau et la meilleure, qui soit au monde, ayant cette bonne qualité que lorsqu'on la transporte en mer, elle ne s'empuantit point, et qu'il ne s'y engendre aucune vermine."

D'autres auteurs encore, comme van Goens, Baldaeus, Wouter Schouten, Nieuhof, Nicolaus de Graaf s'expriment favorablement sur l'état sanitaire à Batavia au 17ième siècle et au commencement du 18ième siècle.

Le rapport du Gouverneur-Général en 1644 confirme entièrement ces témoignages, quand il mentionne la mort de 101 soldats de la garnison pendant l'espace de 4 mois; cette mortalité était dans ce temps considérée comme excessivement grande. Il en est de même de la communication dans le manuscrit de Radermacher intitulé „Remarques sur le peuple et les hôpitaux aux Indes"; nous y lisons que dans les deux hôpitaux de *Batavia* en 1714, 459 personnes moururent, tandis qu'en 1767 la mortalité s'éleva à 2404. Cet accroissement de la mortalité ne peut pas s'expliquer par de plus fréquents envois de troupes aux Indes, ni par l'accroissement de la popu-

lation Européenne à *Batavia*. Il y avait d'autres raisons que nous avons détaillées dans l'édition hollandaise de notre livre, en produisant les documents où nous avons puisé nos arguments.

Au 18ième siècle il y avait à *Batavia* deux hôpitaux pour le traitement des employés Européens de la Compagnie des Indes Orientales, l'Hôpital Intérieur et l'Hôpital Extérieur. L'Hôpital Intérieur était le plus ancien et situé à l'intérieur de la ville. Pendant les premières années après la fondation de Batavia c'était un bâtiment provisoire en bambou, qu'on remplaça en 1639 par un autre, construit en pierre, en corail et en bois.

L'Hôpital Extérieur à Noordwijk fut probablement bâti vers l'an 1743; plus tard il fut successivement agrandi, de sorte qu'en 1768, d'après les idées de ce temps, il pouvait „facilement" contenir 1050 malades. Les malades, qui arrivaient à Batavia par les navires de la Hollande ou des factoreries, devaient rester une nuit entière dans l'Hôpital Intérieur et étaient transportés le lendemain à l'Hôpital Extérieur, à l'exception de ceux qui d'après l'avis des médecins „n'étaient pas transportables ou qui souffraient d'ulcérations". (rés. du 1 oct. 1751 et du 26 mai 1761).

Les praticiens devaient visiter leurs malades dans les hôpitaux deux fois par jour (rés. du 20 août 1666).

Pour y maintenir bon ordre et en bannir tous les abus, l'inspection journalière était confiée aux „régents de l'intérieur", tandis qu'un membre du gouvernement et six employés de la Compagnie étaient désignés comme „régents de l'extérieur", afin de veiller à tout ce qui regardait l'aménagement de ces Hôtels-Dieu. (Anciens Statuts de Batavia et rés. du 13 nov. 1754.)

Nous avons rencontré dans le „Rijks-Archief” à la Haye une statistique de la mortalité parmi les employés Européens de la Compagnie à Batavia, avec une mention particulière du nombre de cas de mort dans les deux hôpitaux, ainsi que du nombre de personnes qui arrivaient annuellement à Batavia et qui quittaient cette ville pour retourner en Europe. Il en résulte que de 1714 jusqu'à 1768, pendant un espace de 54 années, 67.176 personnes étaient mortes dans les deux hôpitaux, ce qui fait en moyenne 1244 par an. On comprendra aisément que cette énorme mortalité attira l'attention des Seigneurs XVII, directeurs de la Compagnie des Indes Orientales. Ils écrivaient déjà le 10 septembre 1738 au Gouverneur-Général, qu'ils avaient appris avec peine que la grande mortalité à Batavia continuait toujours et qu'on devait en rechercher la cause dans les canaux desséchés de la ville.

Dans une missive secrète ils demandèrent positivement au Gouverneur-Général Mossel à quelles causes on devait attribuer la grande mortalité à Batavia, et quels seraient les meilleurs moyens de la prévenir. Mossel demanda l'avis de différents médecins à Batavia, entre autres du docteur Henricus van Santen, de Christiaan Kleijnhoff, de A. Bohn, de J. A. Stier, de H. G. Schröder, de J. Soual, de G. W. Rasche, de Theodoor Pierson, ainsi que de J. A. Paravicini, qui dans ce temps remplissait une autre fonction; et le 24 juin 1753 il envoya aux Directeurs les avis de ces messieurs avec ses propres „Remarques concernant l'état sanitaire de Batavia.”

Malgré cette enquête l'état sanitaire à Batavia restait aussi défavorable qu'auparavant, et les Seigneurs

XVII revinrent à la charge; le 14 octobre 1767 ils écrivirent ouvertement au Gouverneur-Général qu'ils doutaient qu'on ne donnât les soins nécessaires aux malades dans les hôpitaux de Batavia, et surtout que ceux-ci ne fussent pourvus de bons aliments et d'autres choses nécessaires. Ils donnèrent en même temps l'ordre au Gouverneur-Général van der Parra d'ouvrir une enquête à ce sujet et de punir sévèrement tous ceux qui auraient été convaincus d'avoir participé aux „mauvaises pratiques" qui, d'après les on dit avaient cours dans la fourniture des vivres et autres choses nécessaires aux malades de l'Hôpital Intérieur à Batavia.

La commission instituée à cet effet était composée de:

J. de Put, chef des médicaments et de la Chirurgie;

le Docteur S. C. Kriel, docteur de la ville;

le Docteur G. Maas;

J. A. Spinold, visiteur de la rade;

A. J. Dekker, Gerrit Voller, Jan Dat et Caspar Ludeke, chirurgiens en chef des quatre postes principaux;

les docteurs Paulus Hofman et H. E. Schreuder, chirurgiens en chef de la marine.

Cette commission n'était pas tout à fait impartiale, ni libre dans son jugement, car quelques membres étaient impliqués dans l'affaire et une certaine pression avait été exercée sur tous les membres par le gouvernement des Indes lui-même, qui n'était guère content de la malicieuse remarque des Seigneurs XVII. En effet, tout en nommant la commission, le gouvernement commença par déclarer, qu'il ne doutait pas de la bonne et régulière administration des hôpitaux. C'est à cela qu'on doit attribuer le silence que gardaient les rapporteurs sur

les fâcheuses pratiques qui, d'après eux, pouvaient avoir existé jadis, mais qui ne se produiraient plus en 1767, ainsi que les efforts qu'ils firent pour cacher autant que possible la triste réalité. Pourtant il résulte de leur rapport qu'il y avait dans l'administration et l'organisation de ces hôpitaux de grands défauts, qui nous expliquent pourquoi la mortalité y était plus grande que parmi les habitants Européens de la ville.

Nous avons calculé d'après des données officielles, que pendant la période du 1ier janvier 1766 jusqu'au 1ier octobre 1768, le nombre des malades à l'Hôpital Extérieur était en moyenne de 666 par jour. Dans ces 33 mois, 1465 moururent à l'Hôpital Extérieur.

Pendant la même période 695 malades en moyenne étaient journellement soignés à l'Hôpital Intérieur et 4035 y moururent.

Il faut convenir que cette différence dans le nombre des décès est énorme pour des hôpitaux qui étaient situés si près l'un de l'autre. Il est vrai qu'un des rapporteurs dit qu'en général les malades gravement atteints étaient reçus à l'Hôpital Intérieur ; nous ne saurions, quant à nous, attribuer qu'une bien faible influence à ce fait ; nous n'y trouvons pas une explication satisfaisante de la grande différence de proportion que nous constatons dans le nombre des décès ; et il faut plutôt l'attribuer en général au manque d'air, à la situation défavorable de l'Hôpital Intérieur et au traitement, qu'on y faisait subir aux malades.

Nous trouvons dans une note officielle que l'Hôpital Intérieur pouvait contenir dans ce temps à peine 600 malades et que souvent il y en avait 12 à 14 cents.

D'après le rapport officiel il conste qu'à cette même période 1056 malades pouvaient facilement trouver place à l'Hôpital Extérieur, et cependant le nombre des personnes qu'on y soignait, était en moyenne plus petit que dans l'Hôpital Intérieur. Ce dernier était situé en ville, entouré de tous côtés de hauts bâtiments et très mal aéré. L'Hôpital Extérieur au contraire était beaucoup mieux situé à Noordwijk, à quelque distance de la ville.

En ce qui concerne les soins à donner aux malades, ils laissaient bien à désirer dans les deux hôpitaux, quoiqu'on se plaignît moins de l'Hôpital Extérieur.

Tout en renvoyant aux rapports pour les détails, nous indiquerons en quelques mots les causes principales d'insalubrité dans ces hôpitaux, ce qui explique pourquoi il y mourait absolument et relativement plus d'Européens que dans d'autres quartiers de Batavia.

Ces causes sont:

1°. L'entassement scandaleux de malades dans les salles de l'hôpital;

2°. la ventilation très imparfaite des bâtiments et

3°. leur malpropreté dégoûtante.

4°. A chaque moment les navires amenaient des personnes qui souffraient de maladies contagieuses. Les malades atteints de scorbut, d'ulcères gangréneux, de febris putrida, de fièvres pourprées (typhus exanthematicus), de variolae, de syphilis et de dyssenterie n'étaient pas soignés dans des salles à part, mais couchés pêle-mêle parmi les autres malades.

5°. Les paillasses manquaient. Les lits sur lesquels avaient couché ceux qui étaient atteints de maladies contagieuses n'étaient pas brûlés, mais employés quelquefois pour d'autres malades, sans avoir été désinfectés au

préalable. Le manque de vêtements empêchait un changement de linge régulier. La nourriture était insuffisante et imparfaite. Les malades ne recevaient pas toujours ce que le gouvernement leur avait destiné et par contre plusieurs aliments, tels que viande salée, lard, pois et fèves, figuraient sur le tarif alimentaire, nourriture peu propre à des malades dans un climat tropical.

6°. Le traitement médical était dans ce temps-là très imparfait, aussi bien à bord des navires que dans les hôpitaux, et il paraît qu'on avait souvent lieu de se plaindre de l'activité des médecins.

7°. Si nous ajoutons que la gangraena nosocomialis régnait de temps en temps d'une manière épouvantable dans l'Hôpital Intérieur à Batavia, on ne s'étonnera pas que le docteur Maas a pu répéter les paroles du docteur Pringle: „que les hôpitaux sont plus d'une fois des lieux qui rendent les hommes malades, plutôt que de les guérir.''

Comme nous avons vu au commencement de ce chapitre il y a tout lieu de croire, qu'au 17ième siècle *Batavia* était un des endroits les plus salubres des Indes. Dans ce temps sa rade n'était pas réputée malsaine, puisque les parties de plaisir à la plage et aux petites îles Onrust, Purmerend et Edam étaient à l'ordre du jour; les excursions sur la rivière et sur les canaux de la ville comptaient parmi les délassements habituels des bourgeois enrichis. Au commencement du 18ième siècle l'état sanitaire de *Batavia* était encore excellent: Paravicini écrit en 1753 que les habitants les plus anciens avaient toujours reconnu la ville comme un endroit très sain: ils racontaient que jadis les Européens

y conservaient leurs couleurs fraîches et roses, qu'ils pouvaient impunément s'exposer au frais, et même coucher la nuit à la belle étoile sans vêtements.

Paravicini rapporte qu'en 1733, pendant le percement du Mookervaart (travail exécuté par ordre du Gouverneur-Général Durven) la mortalité augmenta *subitement*; toutefois il n'accuse pas le percement comme la cause principale de l'infection, et de l'accroissement de la mortalité dans la ville, mais bien l'irrégularité des moussons.

Si nous consultons les listes de mortalité parmi les employés Européens de la Compagnie, nous trouvons que déjà avant 1732 la mortalité était devenue plus grande, tant dans les Hôpitaux que dans la ville, — que de 1714 jusqu'à 1732 elle varia de 511 à 1030, — et que la différence notable de 353 entre les chiffres de mortalité des années 1732 et 1733 se rapporte principalement aux hôpitaux; en effet en dehors des hôpitaux il ne mourut la première année citée que 89 Européens et 107 l'année suivante. Nous pouvons reconnaître dans cette augmentation de la mortalité, l'influence pernicieuse d'un bouleversement du sol ou l'irrégularité dans la variation et dans la durée des saisons, mais nous ne pouvons accepter, qu'en 1732 et 1733 Batavia soit devenu *tout à coup* un endroit malsain. Cette transition n'a pas été soudaine; elle s'opéra, d'après nous, lentement et presque insensiblement à la suite d'une série d'influences qui avaient une action continuelle, mais qui de temps en temps étaient renforcées par des circonstances d'un caractère plus temporaire.

Parmi ces influences il faut citer en premier lieu les fréquents tremblements de terre, et les éruptions du volcan

Salak, surtout celle du 5 janvier 1699, par laquelle le mur du cratère du côté du nord fut renversé; en ce moment une quantité incroyable de boue était charriée par les rivières, des arbres déracinés étaient emportés, et entraînés dans la direction de Batavia. Cela fit que la rapidité du courant des rivières Tjiliwong et Tjidani fut ralentie, que leur cours fut modifié et que leurs embouchures commencèrent à s'ensabler. Insensiblement devant la ville, il se forma un banc de sable, sur lequel pendant la marée basse des matières animales et végétales se putréfièrent. Les canaux de la ville où affluaient jadis les eaux limpides de la grande rivière, se remplirent insensiblement de boue; plus tard ils étaient presque complètement à sec, pendant plusieurs mois de l'année. Ils exhalaient une odeur insupportable, parce que la population de la ville continuait de jeter dans les canaux et dans la rivière toutes les matières fécales, toutes les eaux de ménage, les déchets de toute nature, le fumier des écuries, des restes d'aliments, les corps des animaux impropres à sa consommation etc. On se fit envoyer de l'Europe des cure-môles pour tenir la rivière navigable, et on mit des dragueurs à l'oeuvre dans les canaux, mais le remède était pire que le mal, car la boue draguée ne pouvait être convenablement éloignée. D'autres tentatives furent faites: par exemple le creusement du Mookervaart qui coupe la rivière Ankee à angle droite. On voulait de cette manière assurer l'écoulement régulier de l'eau pendant la saison des pluies et remplir suffisamment les canaux pendant la saison sèche; mais tous ces travaux n'eurent aucun résultat pratique, parce qu'ils furent entrepris sans connaissance de cause; il s'ensuivit que la baie de *Batavia* se remplit de plus en plus de boue.

Les prises d'eau pour la culture toujours croissante du riz, pour les jardins et pour quelques moulins à eau contribuèreut aussi à diminuer la rapidité du cours des rivières. En même temps que les rizières et les viviers, les marais et les eaux stagnantes se multiplièrent rapidement autour de Batavia; les vents, qui auparavant purifiaient l'air et causaieut un agréable rafraîchissement, devenaient nuisibles aux habitants: ils importaient la malaria et d'autres miasmes pernicieux que renfermait l'atmosphère.

Du temps de Bontius l'eau de la rivière près du château était salée, mais en amont elle était d'excellente qualité; de sorte qu'elle méritait pleinement les éloges de Tavernier en 1648. Des esclaves de la Compagnie allaient la chercher à la soi-disant Place d'eau (Waterplaats), et la distribuaient à la garnison et aux autres habitants du château. Cette distribution générale d'eau fut supprimée par décret du 18 mars 1661, et seulement maintenue pour les pasteurs; ils jouissaient encore de ce privilège en 1724, lorsque Valentijn publia son livre. A mesure que la population des environs s'accroissait, l'eau de la rivière devenait de plus en plus malsaine, de sorte que déjà le Gouverneur-Général Jean Camphuys, par ordonnance du 19 mai 1685, fit „prévenir tous les blanchisseurs et autres habitants quelconques, qu'à partir de ce jour, il était sévèrement défendu de laver des vêtements ou autre chose dans le canal *Molenvliet*, depuis le faubourg jusqu'à la forteresse *Noortwijck*, d'y jeter des animaux vivants ou morts ou d'autres ordures, et de s'y baigner; à cet effet on pouvait faire usage des fossés ou autres eaux."

A. Daalmans, auteur de „la médecine réformée”, qui s'était fixé pour quelque temps à Batavia, mentionne en 1694 que l'eau potable non-bouillie y était très redoutée. Par suite du tremblement de terre du 5 janvier 1699, l'eau de la Grande Rivière n'était plus potable pendant quelque temps, et on allait en chercher à d'autres rivières.

Dans le rapport de Michiel Ram et Cornelis Coops du 6 août 1701 il est dit qu'ils trouvaient l'eau „dans la Grande Rivière de Batavia, ainsi que dans tous ses affluents, jusqu'aux terres du sieur Chastelein, claire et pure comme avant le tremblement de terre, qu'ils ne remarquaient pas la moindre impureté dans l'eau qui en provenait, mais qu'au contraire l'eau de la rivière Tangerang et de son affluent Tsikartak était toute trouble, et que cet état de choses ne pouvait s'améliorer pendant la saison de pluie à cause des remparts de terre”.

Cependant l'eau potable de Batavia avait beaucoup perdu de ses bonnes qualités antérieures; nous en trouvons la preuve dans les plaintes concernant le réservoir d'eau au Molenvliet, l'aqueduc qui va de cet endroit à la ville, et l'eau gâtée que les vaisseaux avaient prise à Batavia (résolution du 19 décembre 1755), ainsi que dans la communication d'Andries Duurkoop en 1777. Celui-ci dit textuellement: „que toute l'eau de la rivière, et même celle qu'on importe de la Place d'eau dans la ville, est tant soit peu trouble et ne devient pure qu'après avoir été filtrée dans les grands martavanes”. Cette circonstance a certainement beaucoup contribué à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité à Batavia, surtout parmi les indigènes; ceux-ci ne se donnaient pas

la peine d'aller chercher l'eau potable à une grande distance, ni de la clarifier par des filtres.

L'irrégularité des moussons, à laquelle Paravicini attache tant de prix comme cause de la mortalité croissante à Batavia, doit probablement être attribuée aux abattis de bois faits à proximité de la ville. Le conseiller des Indes Cornelis Chastelein, qui fut aux Indes de 1675 jusqu'à 1714 et qui mourut à Batavia, nous dit à ce sujet: „L'industrie des sucres chômait par le manque de bois de chauffage, dont on commençait déjà à se plaindre. Lors de la fondation de Batavia la ville était entourée de bois magnifiques, qui disparaissaient bientôt sous la hâche du charpentier. Des incendies de bois, des défrichements inconsidérés achevèrent ces ravages; les moulins à sucre firent le reste, de sorte qu'au commencement du siècle précédent (par conséquent au 17ième siècle) il ne restait plus rien de ces magnifiques bois dans les environs".

Une autre cause principale de l'insalubrité croissante à Batavia dans le 18ième siècle se retrouvait dans la manière dont se faisaient les enterrements. Les cadavres de tous les Européens étaient ensevelis à l'intérieur ou tout près des églises. Dans son mémoire en réponse à la question: „Quelles sont les causes de la plupart des maladies à Batavia, surtout des maladies épidémiques, ou maladies ordinaires, et spécialement de la fièvre putride?" Andries Duurkoop écrivait encore en 1777:

„On a commencé en Europe à transférer les cimetières d'après l'habitude des orientaux hors la ville; et il y a une foule d'écrits qui nous montrent d'une manière incontes-

table que l'ensevelissement dans l'enceinte même de la ville est une pratique funeste et favorise la contagion. En outre les trois cimetières sont trop petits pour contenir tous les cadavres. Quand on ouvre les caveaux il en sort une odeur dégoûtante et nauséabonde, qui empeste l'air; dans le cimetière extérieur Portugais on retire des cercueils avec des cadavres à moitié pourris, qu'on entasse ensuite pour les brûler, afin de faire place à d'autres cadavres''.

Les indigènes, les Arabes et les orientaux étrangers, à l'exception des chinois, enterraient leurs morts dans leurs terres, et à si peu de profondeur, que par les inondations durant la saison des pluies les cadavres étaient mis à nu. Quand on pense combien de personnes mouraient annuellement à Batavia, on doit reconnaître que cette déplorable manière d'enterrer devait avoir une influence pernicieuse sur la santé des habitants. Raffles (A history of Java, tome II Appendix A Table II) dit que de 1730 jusqu'au mois d'août 1752, donc en 22 ans et 8 mois, 1,119.075 cadavres auraient été ensevelis aux cimetières de Batavia, et que cette statistique a été dressée d'après un document officiel.

L'excès de population de la ville entourée de murailles et de remparts, était cause que les maisons étaient entassées véritablement. A l'exception des palais des grands négociants et des riches fonctionnaires, les maisons étaient mal aménagées et la plupart du temps très humides, depuis que les tamariniers étaient devenus assez grands pour empêcher les rayons de soleil de pénétrer dans les habitations. La ventilation, qui était déjà trés défectueuse l'était encore devenue davantage par la crainte de laisser

de laisser entrer dans les appartements la puanteur et l'air pernicieux du soir. Lorsque Batavia était encore salubre on ne craignait pas l'air froid: on avait partout des fenêtres de rotang tressé, on s'asseyait impunément une grande partie de la soirée devant la porte et l'on passait même souvent la nuit en plein air; plus tard on fermait soigneusement toutes les ouvertures pour tenir l'ennemi au dehors et l'on ne se doutait pas que de cette manière on tombait de Charybde en Scylla.

Après la révolte des Chinois en 1740, et plus tard, lorsque les plus riches habitants avaient fui la ville pour se retirer dans leurs campagnes, les palais restaient inhabités et les égouts étaient négligés et tombaient en ruine. Les maisons délaissées devenaient le repaire de millions de chauves-souris, qui contribuaient par leurs excréments à empester l'air dans la ville. La décadence de Batavia avait une influence désastreuse à d'autres égards encore. Les employés subalternes de la Compagnie et les libres bourgeois, qui auparavant trouvaient leur gagne-pain dans la luxueuse manière de vivre des habitants, étaient désormais privés de ce moyen de subsistance. Tous ces faits joints à la cherté toujours croissante des aliments et à la défense faite aux employés subalternes de faire le commerce pour leur propre compte, contribuaient à faire naître la plus affreuse misère. Les appointements des fonctionnaires supérieurs, aussi bien que la solde des militaires et des marins, étaient minimes et calculés sur les revenus accessoires, qu'on se faisait souvent au 18ième siècle par le trafic et les fraudes de toute nature. Au début et pendant les jours prospères de la Compagnie il était très facile d'enrôler des hommes

pour les navires et pour la milice; la perspective de retourner chez soi après quelques années, le gousset bien garni, tentait plus d'un aventurier à prendre service, soit comme soldat, soit comme matelot. Plus tard, lorsque l'occasion d'amasser des trésors ou de faire fortune par une rapide promotion, était devenue moins favorable, on eut besoin de l'entremise des racoleurs ou marchands d'hommes pour obtenir le nombre de recrues voulu. La valeur individuelle diminua tant au point de vue physique que moral.

Il y eut manque de bras pour le travail, par suite de l'énorme mortalité. De ceux qui restaient on exigeait trop de travail; le manque de repos nécessaire les prédisposait à la maladie. De cette manière la décadence de la Compagnie des Indes Orientales contribua à augmenter la mortalité à *Batavia*. Le Gouvernement se relâchait, et les ordonnances sévères sur la propreté des rivières, canaux, rues et égouts n'étaient plus maintenues à Batavia. Nous comprenons donc que Paravicini a pu dire avec raison: „*que la maladie et la mortalité augmentaient à mesure qu'on s'approchait du centre de la ville, et que par contre elles diminuaient à mesure qu'on s'en éloignait; qu'à la distance d'une lieue l'air était plus sain, et qu'à la distance de deux lieues de Batavia la contrée était la plus salubre du monde.*

Cette dernière allégation de Paravicini serait inexplicable, si la mortalité à Batavia avait été spécialement causée par le cholera asiatica. Les épidémies cholériques, constatées après 1821 à Java, ont prouvé que les environs de Batavia ne jouissaient pas de l'im-

munité vis à vis de cette terrible maladie. Nous ne trouvons pas non plus de trace du cholera asiatica dans les documents qui se rapportent aux recherches réitérées sur les causes de la grande mortalité à Batavia.

Le Gouverneur général Mr. Dirk van Cloon rapporte dans sa missive du 22 décembre 1733 aux Seigneurs XVII que les maladies dangereuses qui ont régné depuis longtemps à *Batavia* et aux environs, consistent pour la plupart en *fièvres pernicieuses et contagieuses* (§ 99).

Le Gouverneur général Abraham Patras écrit le 21 mars 1735, que *les mêmes* maladies, qui ont régné à *Batavia*, il y a deux ans, causaient de nouveau un grand nombre de cas de morts subites (§ 100).

Les Seigneurs XVII déclarent dans leur missive du 10 septembre 1738 que la grande mortalité à *Batavia* est causée par le dessèchement des canaux (donc par la malaria § 101).

Le Gouverneur général Jacob Mossel, dans ses „Remarques sur la situation de Batavia en 1753, en vue de diminuer la morbidité et la mortalité à Batavia", prescrit que les passagers qui arrivent de la Hollande, et qui souffrent d'obstructions, prennent un léger laxatif, et qu'on distribue mensuellement aux personnes bien portantes de la garnison une décoction de tamarin ou de rhubarbe. Ces mesures n'auraient certainement pas été recommandées comme moyens répressifs ou préventifs contre le *cholera asiatica* (§ 102).

Christiaan Kleynhoff, qui était depuis 10 ans praticien à l'Hôpital Intérieur, écrit en 1753 que l'insalubrité de *Batavia continuait toujours* depuis 1733, et il rapporte une longue série de maladies qui s'y montraient, notamment: „la faiblesse (l'anèmie), les maladies de poitrine, les fièvres chaudes pernicieuses (febres acutae, ardentes, malignae et putridae), le *Bort* (cholérine), les maladies d'estomac, les inflammations, les obstructions des intestins, du foie et de la rate, le scorbut, l'hydropisie etc." S'il cite aussi le *Bort*, cela prouve que le *choléra nostras* se manifestait à *Batavia*, et non que plusieurs personnes en mouraient; par contre il dit que les fièvres sont malignes (§ 104).

Le docteur A. Bohn dit expressément dans son rapport du 28 Avril 1753, que la plupart des malades dans l'Hôpital Intérieur meurent de phthisie, d'hydropisie, de diarrhées *chroniques*, auxquelles se joignent des fièvres putrides (febris putrida). Ensuite il rapporte que les cas de mort sur les vaisseaux en rade sont principalement constatés chez quelques marins désignés pour naviguer ça et là sur les bâteaux et les barques. Ces marins étaient moins surveillés; ils avaient des occasions fréquentes d'abuser de boissons alcooliques; ils couchaient à la belle étoile; malades, ils rôdaient encore quelques jours à terre pour revenir à bord à moitié morts ou du moins très faibles (§ 105).

Curieuse est la remarque de Stier, Schröder, Soual, Rasche et Pierson, qui firent ensemble un rapport. Ils disent „que les molécules de l'air corrompues, que les hommes respiraient journellement à Batavia, privent

de leur forme les globules ou parcelles sphériques du sang, et les rendent insensiblement angulaires, ce qui fait que leur diamètre s'agrandit, de sorte qu'elles ne peuvent passer par les tubes par lesquelles elles doivent circuler." Cette remarque pourrait servir d'argument en faveur de l'existence de la febris intermittens perniciosa (§ 106).

Paravicini raconte qu'aux mois de février et de mars 1750, plusieurs cas de mort subite se manifestèrent à *Batavia*, aussi bien parmi les Européens que parmi les indigènes. Il rapporte aussi que ceux qui osaient respirer l'air du soir, ressentaient tout à coup une oppression suivie de près d'une *fièvre violente;* souvent on en mourait subitement.

La plupart des commis de bureau sont à moitié morts, dit-il encore, ils ont un air de spectre; la situation n'est pas meilleure pour les ouvriers, les marins etc.; cette description se rapporte d'après nous à la malaria-cachexie. Comme exemple de l'influence de la température (constitution atmosphérique) il rapporte, que beaucoup de personnes souffraient du 1 jusqu'au 12 mars 1753 de *fièvres violentes*, et qu'elles auraient certainement succombé, s'il n'avait plu fortement dans les régions montagneuses. Plus loin il démontre la nécessité d'un prompt secours médical à *Batavia*, parce que la plupart des malades succombent subitement aux premières ou aux secondes attaques de la fièvre (§ 107).

Dekker, qui fit 16 ans de suite, de 1752 jusqu'à 1768, la visite à l'Hôpital Intérieur, relate que les marins, qui arrivent de l'Europe à Batavia avec des maladies contagieuses, sont recueillis dans les hôpitaux.

Dans un autre endroit de son rapport il nous fait savoir de quelles maladies contagieuses il s'agit, et il insiste pour que ceux qui sont atteints du scorbut, de la fièvre pourprée (fièvre pétéchiale), de la gale, de la variole et de la rougeole soient traités séparément (§ 109).

Gaspar Ludeker prétend que le scorbut, la dyssenterie et les fièvres putrides sont causées par les longues traversées. L'expérience journalière, dit-il, nous apprend que ce sont là nos plus terribles ennemis sur les navires, dans les hôpitaux et les autres endroits où règne une chaleur suffocante (§ 110).

H. E. Schreuder dit que l'atmosphère dans l'Hôpital Intérieur est infectée par les fièvres malignes, les fièvres putrides, la dyssenterie, le scorbut au plus haut degré etc., ce qui fait que la plupart des malades succombent fatalement (§ 112).

Le docteur G. Maas considérait les hôpitaux même comme les causes les plus naturelles de la grande mortalité, et il dit que la plupart des malades étaient atteints de fortes diarrhées, de la dyssenterie, de fièvres putrides, de fièvres malignes, du scorbut etc. En outre il fait la remarque que les convalescents avaient des rechutes par suite de la *contagion*, aussitôt que des maladies malignes étaient importées par les navires; les malades de l'Hôpital Extérieur étaient moins exposés à ces dangers parce que les salles y étaient plus grandes et l'atmosphère plus salubre (§ 114).

J. de Put, chef de la Chirurgie, déclare que les marins souffrent généralement de fièvres putrides, de la

dyssenterie et du scorbut, et que la plupart en meurent. Il soutenait d'après le témoignage unanime des chirurgiens en chef des navires, que le vieil et insalubre hôpital du Cap de Bonne Espérance exerçait une influence pernicieuse sur la santé des matelots. Quoique cette opinion de de Put soulevât une critique sévère de la part de quelques confrères, elle n'en était cependant pas moins fondée: cela ressort de cette circonstance que la Compagnie se décida à faire bâtir un nouvel hôpital au Cap. On commença les travaux en 1773, et quoiqu'en 1781 on eût déjà dépensé 361.608 florins à cette construction, elle n'était pas encore tout à fait achevée (§ 115).

Nous croyons pouvoir conclure de ces rapports officiels joints à l'histoire sanitaire de *Batavia*, *que l'énorme mortalité n'était pas causée par des épidémies de choléra réitérées*, *mais principalement par des fièvres pernicieuses*, *la malaria-cachexie*, *la dyssenterie*, *le scorbut et la gangrène nosocomiale.*

Les communications de différents auteurs confirment tout à fait cette manière de voir.

Le docteur James Lind dit que vers 1762 les Anglais perdirent à *Batavia* beaucoup d'hommes par suite de fièvres, qui avaient un caractére rémittent et étaient tellement pernicieuses que plusieurs succombèrent à la première attaque, et que personne ne survécut au troisième accès de la fièvre. Parmi les maladies qui régnaient dans ce temps à *Batavia*, Lind cite aussi la gangrène nosocomiale, et des catarrhes des intestins accompagnés de déjections putrides et bilieuses, mais il ne parle pas du choléra (§ 40).

L'auteur anonyme de l'ouvrage intitulé: „Batavia la capitale des Indes Néerlandaises etc. 1782" confirme cette opinion en disant, que vers 1762 l'énorme mortalité était causée, *comme d'ordinaire*, par une fièvre putride rémittente; donc pas de choléra.

Vers 1782 la dyssenterie était le plus terrible fléau des Indes Néerlandaises; elle emportait plus de personnes que toutes les autres maladies réunies; *Batavia* était un pays fiévreux par excellence; toutes les fièvres de malaria et aussi la malaria-cachexie y étaient très fréquentes; les fièvres pernicieuses y causaient souvent la mort en quelques heures.

Dans les formes les plus pernicieuses, c'est à dire dans les fièvres continues, l'écorce du quinquina n'était pas encore employée; et le Bort (cholérine) se manifestait comme du temps de Bontius; il était accompagné de vomissements d'une *bile verte;* il y était fréquent, et si l'attaque était violente, il amenait fatalement la mort dans les 24 heures; on ne parle nulle part du caractère *épidémique* et *contagieux* de la maladie (§ 57 et § 58).

Un médecin anglais, le docteur Clark, parlant des maladies qui règnaient le plus sur la Côte du Malabar, dit que les Européens avaient beaucoup à souffrir des fièvres et de la dyssenterie; mais cette dernière maladie n'y était jamais si funeste qu'au Bengale, à *Batavia* et en d'autres endroits malsains des Indes Orientales (§ 44).

Quand le docteur Macpherson affirme, que Assmus aurait observé en 1789 *le cholera asiatica à Batavia*, il y a un malentendu.

Lorsqu'en décembre 1819 le *choléra asiatique* se manifesta dans la garnison de Malakka, l'officier de santé Sänger fit part de cet important événement au chirurgien en chef Assmus; celui-ci répondit par lettre du 15 décembre 1819, que 30 années auparavant, donc en 1789, le choléra morbus avait aussi régné à *Batavia* „*que cependant les ravages en étaient moins grands que ceux donc vous faites mention*," et que dans ce temps le médicament principal avait été de l'opium administré en forte dose.

Il paraît que cette citation de la lettre d'Assmus à Sänger, que nous avons rencontrée dans le sixième recueil annuel de la Revue périodique de la marine (1868 page 34), fut l'occasion de la communication suivante du docteur Macpherson:

„If we hear less of cholera in India proper at this time, yet it seems to have been in *Batavia* in 1789, where it was treated mainly with large doses of opium." [1])

Nous n'avons aucune objection à faire à la conclusion du docteur Macpherson. Elle est parfaitement fondée puisque le mot „régner" a été employé. Nous croyons cependant avoir des raisons suffisantes pour mettre en doute qu' Assmus ait écrit dans sa lettre que le choléra morbus „régnait" en 1789; s'il a réellement employé le mot, doit-on le prendre dans son acception ordinaire? il résulte de ses rapports qu'il ne possédait pas bien la langue hollandaise. Toutes les recherches que nous avons faites pour retrouver la missive en question (d'Assmus) dans l'intérêt de la vérité, n'ont pas abouti jusqu'à présent. C'est pourquoi nous nous bornerons pour le

1) Annals of Cholera p. 147.

moment à exprimer notre opinion: nous ne pouvons pas admettre, que *le choléra ait régné en* 1789 *à Batavia d'une manière épidémique:*

1°. parce que d'autres auteurs n'en parlent pas;

2°. parce que d'après Assmus lui-même la maladie n'y faisait pas autant de ravages, que parmi la garnison de Malakka, au mois de décembre 1819, où elle causa dans ce temps une mortalité de 25°/₀; et

3°. parce que Assmus écrivit le 27 Juin 1820 dans son rapport annuel au gouvernement: „*Je n'ai pas eu l'occasion de pouvoir observer cette maladie;* la description générale du choléra morbus chez les malades qui en ont été atteints et que le chirurgien Sänger a traités à *Malakka*, n'est pas assez claire, — est trop défectueuse, pour nous apprendre à connaître les caractères certains de cette maladie."

Au commencement du 19ième siècle tous les rapports des auteurs concordent également sur ce point.

Le docteur Johnson relate qu'en l'an 1800 la mortalité à *Batavia* fut causée en grande partie par la fièvre maligne de nature malarienne (§ 63).

Le Dr. James Annesley, qui en 1811 aborda à Java avec l'armée anglaise, dit (pag. 181 du premier volume de ses „Researches into the causes, nature and treatment of the more prevalent diseases of India 1828") de *Batavia:*

„The prevailing diseases were remittent and bilious fevers of a severe type, and characterised by great

prostration of the vital energies, often becoming intermittent, and terminating in organic lesions — dysentery often complicated with fever and disease of the liver — chronic diarrhoea and obstinate ulcers and gangrene" (§ 72).

Puis Annesley déclare, que le rapport du docteur Robertson sur les causes de l'insalubrité de *Batavia* s'accorde si complètement avec ses propres observations, lors de l'expédition anglaise à Java, qu'il l'a inséré dans son ouvrage. Ce rapport du Dr. Robertson est aussi cité dans Raffles (Tome II appendix A). Robertson signale comme causes de l'insalubrité les marais, les eaux stagnantes dans les canaux, l'état des maisons qui sont rarement ouvertes, la manière de vivre des Hollandais et la mauvaise eau potable qui, il en est convaincu, donne la diarrhée et la dyssenterie à la plupart des personnes qui arrivent à *Batavia*. Selon lui, les fièvres règnent à *Batavia* dans toutes les saisons, et les conséquences connues de la malaria étaient: „intermittent and remittent fevers, dysentery and visceral obstructions."

On trouve aussi dans Raffles la mortalité mensuelle parmi les troupes anglaises dans l'île de Java et de ses dépendances du 1 novembre 1813 jusqu'au 30 octobre 1814 et du 1 novembre 1814 jusqu'au 31 décembre 1815.

Ces statistiques indiquent à la fin de chaque mois le nombre des malades en traitement, et mentionnent les principales formes de maladie. C'était la fièvre, la dyssenterie, la congestion (l'inflammation) du foie, le rhumatisme, les maladies vénériennes, les ulcères et d'autres maladies; on y cherche en vain la rubrique

choléra. De là on peut conclure avec certitude que le *choléra* s'est rarement manifesté à Java en 1813 et 1814, ou du moins qu'il fit peu de victimes parmi les troupes anglaises. La dyssenterie et les fièvres causaient la plus grande mortalité ce que démontre le tableau suivant fait d'après les données de Raffles (V. p. 61).

Pour autant que nous le sachions, il n'existe pas avant 1819 d'autres rapports concernant l'apparition du choléra dans les possessions actuelles des Hollandais aux Indes Orientales, que ceux que nous avons mentionnés. En donnant dans le chapitre suivant un aperçu général des rapports sur le choléra, nous aurons bien des fois l'occasion de revenir sur ceux qui concernent nos colonies. En attendant nous nous croyons en droit de conclure, *que nous ne possédons aucune preuve de l'existence du choléra asiatique dans les Indes Orientales Néerlandaises avant* 1819, et nous croyons, en nous appuyant sur les données officielles que nous avons reproduites et sur les témoignages de voyageurs que nous avons cités dans l'édition hollandaise de notre ouvrage, pouvoir soutenir *que le cholera asiatica ne s'est montré ni sur les vaisseaux de la Compagnie des Indes Orientales, ni à Batavia avant l'année* 1816, *lorsque l'île de Java fut rendue aux Hollandais par les Anglais.*

Du 1 Nov. 1813 jusqu'au 1 Nov. 1814.					Du 1 Nov. 1814 jusqu'au 1 Nov. 1815.				
Force moyenne.		Morts de			Force moyenne.		Morts de		
Européens	Indigènes	Fièvres	Dyssenterie	Morbi reliqui	Européens	Indigènes	Fièvres	Dyssenterie	Morbi reliqui
1938	5532	110	305	99	1887	5600	63	124	65
7470		415			7487		187		

CHAPITRE IV.

Aperçu général des communications concernant le choléra.

Communications des écrivains Hindous.

Les premières communications concernant le choléra aux Indes remontent, d'après les auteurs anglais, à une haute antiquité. Dans les écrits des Hindous se rapportant à l'histoire ou à la médecine, les médecins Indiens Suçruta et Caraka, qui vécurent et travaillèrent plusieurs siècles avant Jésus Christ, dans les provinces nord-ouest, auraient donné une description exacte du choléra. Le professeur Kern de Leide est d'avis que les communications dans l'Ayurweda de Suçruta ne se rapportent pas à la même période. D'après ce savant les plus vieilles pages de l'Ayurweda ne remonteraient qu'à l'an 400 après J. C.; en ce qui concerne l'antiquité des écrits de Caraka, tout ce qu'on peut affirmer c'est qu'ils sont plus anciens que l'Ayurweda.

D'après la traduction allemande, que nous rencontrons dans Haeser, les pages, qui se rapportent au choléra sont ainsi conçues: „Die Vishuchika (ausgesprochen

Visutschika) genannte Krankheit ergreift vorzüglich ängstige und unmässige Personen" ..... „Mit den Krämpfen erscheinen gleichgültige Gemüthsstimmung, Durchfall, Erbrechen, Durst, Schwindel, Unruhe, Tenesmus, *Hin-und-Her-werfen*, Hitze, *livide Färbung*, Frost, Schmerzen des Kopfs und des Herzens. Der Unterleib wird eingezogen. Der Kranke dessen Stimme erlischt, zeigt die grösste Unruhe. Die in dem Unterleibe eingeschlossenen Gase steigen nach oben; wenn die Fäces und die Luft im Darme zurückgehalten werden (Cholera sicca?) wird der Kranke schwach, unfähig sich zu bewegen; später stellen sich Schluchzen und Aufstossen ein ..... Wenn das Zahnfleisch livid, die Nägel und Lippen blass werden, der Kranke heftig erbricht, das Bewusstseyn verliert, die Augen hohl werden, seine Stimme erlischt, die Glieder schlaff werden, dann ist es nöthig, zu den Vorschriften der heiligen Lehre seine Zuflucht zu nehmen." [1])

Dans Scoutetten nous trouvons la traduction française de Liétard, dont Haeser parle. Elle diffère en quelques points de la traduction allemande de Haeser; c'est pour cela que nous la reproduisons.

„Le *visucikâ* atteint surtout les personnes timides ou immodérées dans leur régime." Un peu plus loin il ajoute: „Avec les convulsions apparaissent la torpeur intellectuelle, la diarrhée, les vomissements, la soif, le vertige, l'agitation, le ténesme, le *bâillement*, la chaleur, la *lividité*, le frisson, les douleurs à la tête et au coeur.

---

1) Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Dritte völlig umgearbeitete Auflage. Jena 1879. III. p. 796.

Le ventre se rétracte, le malade, dont la voix s'éteint, est dans une agitation extrême. Les gaz enfermés dans le ventre montent; quand les fèces et l'air se tiennent renfermés dans le ventre, le malade languit, perd le mouvement, puis viennent le hoquet et les éructations.

Il arrive que les aliments corrompus par l'air et le phlegme ne peuvent plus ni monter ni descendre; il faut, en ce cas, disent les hommes les mieux au courant des anciennes traditions, tenir peu de compte de cette inertie des organes." Après un passage insignifiant, l'auteur ajoute:

„Quand le malade a les gencives livides, les ongles et les lèvres pâles, qu'il vomit abondamment, qu'il perd conscience de ses actes, que ses yeux s'excavent, que sa voix s'éteint, que ses articulations perdent leur solidité, il faut qu'on se hâte de recourir aux enseignements de la doctrine sacrée."

„Le reste du chapitre est consacré au traitement, qui consiste en recettes polypharmaceutiques sans signification raisonnée." [1])

En ce qui concerne le traitement médical, le docteur Wise [2]) nous rapporte, qu'elle consistait dans l'emploi d'un vomitif, et de quelques autres médicaments, parmi lesquels des myrobolans, ainsi que l'application d'un fer rouge aux chevilles. Nous verrons plus tard que Dellon, de Thevenot, Freyer, et d'autres auteurs parlent aussi du brûlement des pieds en cas de *Mordechin* et

---

1) H. Scoutetten. Histoire chronologique, topographique et étymologique du choléra, depuis la haute antiquité jusqu' à son invasion en France en 1832. p. 11.

2) Wise, Commentary on Hindu system of médecine. In 8°. Calcutta 1845. p. 336.

que Bontius donnait des myrobolans et de l'opium aux malades atteints du choléra. Acosta recommanda déjà en 1585 les myrobolans comme purgatif. [1])

Dans l'ouvrage cité de Wise on trouve la traduction suivante en anglais de la description du choléra de Suçruta:

„Bisuchikâ (Cholera). The person first feels pain, as from indigestion in the abdomen, followed by frequent stools and vomiting, great thirst, and pain in the abdomen, fainting giddiness, yawning, and cramps in the legs. The colour of the Body is altered, accompanied with Shivering, pain in the Chest, and head-ache. The unfavorable symptoms of cholera are, the lips, teeth and nails become blackish, the person insensible with frequent vomiting. The eyes become duncken, voice feeble, and the joints loose, with great debility. Such a person may be taken out to be burnt, as he will not recover. The most fatal symptoms of cholera are want of sleep, restlessness, shivering, no secretion of urine and insensibility."

En comparant entre elles les traductions française, allemande et anglaise nous avons eu l'impression que les traducteurs, en reproduisant la citation de l'Ayurweda, avaient toujours eu devant les yeux l'image du choléra asiatique, ce qui les avait amenés à reproduire les mots de Suçruta non à la lettre, mais un peu trop librement. Cette supposition nous engagea à prier Monsieur le Docteur

---

1) Trattato di Christoforo Acosta Africano medico & chirurgico della historia, natura et virtu della Droghe Medicinali. Venetia 1585, p. 207.

H. Kern, professeur à Leide, de vouloir traduire à nouveau pour nous la citation en question. Notre demande nous fut accordée avec la plus grande obligeance, et nous tenons à témoigner ici à ce professeur toute notre reconnaissance. Nous faisons suivre ici sa traduction du 56ième chapitre de l'Ayurweda.

SUÇRUTA. AYURWEDA, DERNIER LIVRE, CHAPITRE 56.

„A présent nous traiterons du chapitre concernant les moyens de combattre la (maladie) Wisûcikâ.

1. La Wisûcikâ et l'Alasaka [1]) ainsi que la Wilambikâ [2]) proviennent de ce qu'on nomme l'indigestion, la crudité, l'obstruction, la putréfaction (des aliments) dans l'estomac.

2. Quand par suite d'indigestion, les gaz (dans le corps) piquent les membres de quelqu'un comme des aiguilles, alors les médecins l'appellent Wisûchikâ.

3. Les personnes sobres, qui connaissent les bons préceptes, ne sont pas atteints de la maladie, mais bien les insensés, qui ne savent pas se maîtriser et qui sont gloutons.

4. Alors se manifestent: une torpeur intellectuelle, la diarrhée, des vomissements, la soif, un mal aigu, [3])

---

1) Les dictionnaires nous expliquent ce mot par des Synonymes, tels que tympanite, pneumatose ou autre forme de flatuosité, mais le mot en soi signifie simplement „indolent, las", et d'après la description de la maladie Alasakâ chez Caraka et Suçruta, je dois conclure qu'il est question d'„indolence" de la digestion.

2) Ce mot aussi signifie proprement dit: „lent, tarder, lenteur" et rien de plus. Au besoin on pourrait aussi le traduire par „traînant". Je ne puis comprendre qu'on en ait jamais osé faire „collapsus".

3) „Çula" qui peut aussi signifier „colique".

des vertiges, l'oppression, le baillement, la chaleur, la lividité, le frisson, des maux de coeur, ainsi que des maux de tête.

5. Le ventre devient très constipé [1]); il perd son élasticité, les roulements ou gargouillements commencent, tandis que les gaz entravés (dans leur circulation) montent dans le ventre.

6. Quand quelqu'un a dans le ventre des gaz et des fèces en abondance et qu'il a aussi le hoquet et des éructations, on dit alors qu'il a (la maladie) *Alasaka.*

7. Mais quand chez quelqu'un ce qu'il vient de manger, est gâté par les glaires et les gaz, et ne veut plus ni monter ni descendre, alors les vieux docteurs disent que cette personne a le *Wilambikâ*, et qu'on doit l'abandonner (c'est à dire qu'il n'y a plus rien à faire, qu'elle est incurable).

8. On doit surtout observer, à l'aide des symptômes pathologiques particuliers et causés (plus spécialement) par la crudité, l'endroit où la crudité cause du mal et la forme d'infirmité à laquelle elle (la crudité) est sujette.

9. Quand chez quelqu'un les dents, les lèvres et les ongles commencent à devenir gris, qu'il n'a plus l'esprit très clair, qu'il est tourmenté par des vomissements, que ses yeux se creusent, que la voix est faible et en général les membres inertes, alors cette personne nous quittera pour retourner plus tard ici (sur la terre). [2])

---

1) Pourrait aussi signifier „tendu", mais la traduction donnée est en rapport avec le langage ordinaire dans les livres médicaux aux Indes.

2) Ce qui signifie d'après les croyances indiennes : à présent il va mourir. On doit faire attention que le texte est en vers de sorte

10. Dans les cas curables de la maladie 1) on recommande: „le brûlement des talons, le réchauffement par le feu et un vomitif, ensuite une diète sévère avec des aliments cuits (ou du riz), la liberté du ventre ou bien la purgation." 2)

Ensuite viennent encore maints préceptes concernant la manière de traiter la maladie.

Cette traduction du professeur Kern vient non seulement confirmer notre supposition, mais elle établit aussi qu'il y a très peu de raisons de supposer que la description de cette maladie de *Suçruta* se rapporte au choléra asiatique. Il n'est guère question que la maladie ait régné à l'état épidémique. On l'attribue simplement à l'indigestion. Pour ce qui concerne la forme de maladie *Wisûchikâ*, que plusieurs auteurs confondent avec le choléra, il est vrai qu'on cite quelques symptômes — comme la diarrhée, les vomissements et le soif — qui se présentent aussi dans le choléra, mais on ne trouve pas même mentionné, que ces symptômes se produisaient d'une manière violente ou qu'ils menaçaient la vie du malade. Le danger de mort paraissait plus grand chez les deux autres formes d'indigestion, *l'Alasaka* et le *Wilambikâ*, dont la constipation et l'accumulation de gaz et de fèces dans les intestins sont considérées comme

---

que çà et là, outre des tournures de style qu'on ne pourrait tolérer en prose, il emploie aussi des figures de rhétorique. La traduction chez Scoutetten est en général sans valeur, mais elle est ici fautive et manque de sens.

1) Les symptômes dans le vers précédent se rapportent à un cas incurable.

2) La dernière partie du vers n'est pas très claire pour le profane.

les symptômes dangereux; elles n'ont d'ailleurs aucune ressemblance avec le choléra asiatique.

Nous n'avons nullement l'intention de combattre l'opinion généralement acceptée, mais seulement de soumettre les preuves de l'existence du choléra à un nouvel examen, sérieux et impartial: nous avons cru nécessaire de voir ce que Caraka nous communique concernant la Wisûcikâ. Le professeur Kern encore une fois ne nous a pas marchandé son précieux concours. C'est à ce savant distingué que nous sommes redevables du passage suivant, qu'il a bien voulu traduire pour nous.

Dans Caraka, 3e partie (Préceptes de tempérance) chapitre 2, il est question de différentes maladies du ventre, qui naissent d'une nourriture trop copieuse ou bien insuffisante. Il s'ensuit que l'équilibre des *humeurs* est troublé et aussitôt qu'elles sont agitées, elles agissent sur la masse alimentaire qui n'est pas digérée, causent des obstructions ou bien des selles chez celui qui a trop mangé. Les gaz occasionnent des coliques, la sécheresse de la bouche, des vertiges etc.; la bile au contraire détermine la fièvre, la dyssenterie, la soif etc.: le phlegme, des vomissements, la fièvre froide etc.

Ensuite il continue ainsi:

„D'après les savants ce n'est pas seulement l'intempérance qui cause une mauvaise digestion, mais aussi l'usage d'aliments ou de boissons en temps inopportun; les aliments lourds, grossiers, secs, obstructifs, gâtés, malpropres ou répugnants produisent encore le même effet. Aussi en prenant de la nourriture ou des boissons quand on a l'esprit excité par des désirs sensuels, par la colère,

l'avarice, l'effarement, la jalousie, la timidité, la douleur, la consternation ou la cruauté, la digestion se fait également mal. Il ajoute (citation de Caraka) „même qu'une nourriture saine et prise sobrement, ne digère quelquefois pas, à cause des soucis, de la douleur, de la crainte, de la colère, de la peine ou des insomnies.

„D'après les médecins il y a deux de ces maladies des organes digestifs *Wisûcikâ* et *Alasaka*. De ces deux la *Wisûcikâ* a les symptômes que nous venons de nommer; elle se manifeste par le haut et par le bas." 1)

„Nous donnerons à présent une description de l'*Alasaka*. Si une personne faible, souffrant de dyspepsie et ayant beaucoup de phlegme, ne satisfait pas le besoin d'uriner ou d'aller à la selle, prend en abondance des aliments lourds, grossiers, froids ou secs, — tout ce qu'elle mange ou boit est pressé par des gaz, et l'issue est obstruée par le phlegme; les matières alimentaires se concentrent excessivement et ne peuvent sortir du corps à cause de son inertie. Ensuite on remarque encore à un très haut degré, outre le vomissement et la diarrhée, les symptômes d'une mauvaise digestion. Et les *humeurs* très gâtées (altérées par l'état morbide) sont entravées dans leur route par la masse des aliments gâtés, et cherchent à s'évacuer par un chemin détourné; quelquefois seulement elles provoquent des contractures par tout le corps qui devient raide comme une canne, et de ce cas on

---

1) Un autre mot y est ajouté: „a d o s h a" (sans dommage ou sans douleur). Il se peut que cela signifie: „ne connaissant pas de douleur", mais je suppose, que le mot est fautif et que dans le texte original se trouvait „a l p o d o s h a", c'est à dire „ne pouvant aucun mal", ou „offrant peu de danger", pas très dangereux."

dit qu'une telle *Alasaka* est incurable. Si quelqu'un, qui fait habituellement des excès en aliments, qui ne vont pas bien ensemble ou qui sont de difficile digestion, ressent ce mal, les médecins donnent à cette affection le nom d'empoisonnement par indigestion," parce qu'il présente des symptômes pareils à l'empoisonnement. Ce cas (d'Alasaka) est tout à fait incurable à cause de son caractère aigu et parce que le traitement l'aggrave. [1])

„Dans un cas curable de la maladie on doit éloigner de l'estomac, par le vomissement, la nourriture devenue inerte; on l'obtient en faisant boire au malade de l'eau chaude avec du sel." La description du traitement de la maladie se continue ensuite.

Telle est la traduction du Docteur Kern.

Quoique Caraka ne cite que deux formes de maladie qui résultent d'un trouble de la digestion, c'est à dire la *Wisûchikâ* et l'*Alasaka*, il fait cependant encore mention d'un *empoisonnement par indigestion* comme d'une troisième forme, qui est incurable et qui nous rappelle la *Wilambikâ* de Suçruta.

Nous pensons pouvoir conclure de la description de Caraka, que la *Wisûcikâ*, — que plusieurs auteurs considèrent comme le choléra — n'était pas une forme maligne de maladie; elle ne se manifestait jamais d'une manière épidémique, et elle naissait, comme l'*Alasaka*, par suite d'écarts de régime ou de troubles de la digestion; elle ne peut donc pas être confondue avec le choléra. A notre avis Suçruta et Caraka traitent dans les pages

---

1) Textuel; un médecin en comprendra mieux la signification. Je suppose qu'on aura voulu dire qu'en agissant sur un de ces symptômes, on favorise ceux qui y sont joints.

indiquées du Catarrhus gastro-intestinalis et de la Colica saburrhalis.

Nous venons de voir comment les passages de l'*Ayurweda* de Suçruta, qui se rapporteraient au choléra, ont été réproduits par Wise, Liétard et Haeser.

Croyant la traduction exacte, nous pouvions très bien accorder que la description de Suçruta se rapportait à une forme très grave de choléra; mais nous remarquions, qu'elle nous laissait dans l'incertitude sur la manière dont cette maladie s'était présentée dans ces anciens temps aux Indes Anglaises. On ne peut nier qu'il n'y eût quelque rapport avec les descriptions de choléra par les anciens médecins Grecs et Romains: ceux-ci ne parlent pas non plus de l'apparition épidémique du choléra, mais le tableau que Suçruta aurait tracé de cette maladie ne serait qu'une image à peine ébauchée et nullement comparable au point de vue de la clarté et de l'exactitude. Nous n'avons non plus aucune raison de croire, que dans les plus anciens rapports sur le choléra aux Indes Anglaises, rapports très incomplets, il s'agisse du *choléra asiatique*, tandis que les plus anciennes descriptions de l'Europe, qui sont bien plus complètes, notamment celles que nous ont laissées Hippocrate, Celsus, Aretaeus, Caelius Aurelianus, et tant d'autres, que ces descriptions, disons-nous, sont considérées comme se rapportant uniquement au *choléra nostras.* Il y aurait une contradiction manifeste dans ces deux interprétations différentes. J'ai supposé, que les traducteurs de la citation de Suçruta ont été induits en erreur par suite d'une opinion préconçue; nous espérons que nos lecteurs, en prenant connaissance de la traduction textuelle du professeur Kern,

acquerront, comme nous, la conviction que Suçruta n'a pas donné une description du *cholera asiatica.* Il est évident que Suçruta a simplement tracé les suites fâcheuses de l'intempérance, de l'emploi immodéré des aliments; c'est la réunion des symptômes des trois formes de la maladie (nommées par lui *Wisûcikâ*, *Alasaka* et *Wilambikà*), qui a donné lieu à la création d'un complexus symptomatique, qui n'est pas sans offrir quelque ressemblance avec le *choléra asiatique.*

La traduction de la citation de Caraka par le professeur Kern, la seule qui, pour autant que nous le sachions, existe jusqu'à present, vient à l'appui de notre opinion et nous soutenons que *les rapports des écrivains Hindous* ont été considérés *à tort comme une preuve que le choléra asiatique ait régné dans l'antiquité aux Indes Anglaises.*

Le choléra a goa au 16ième siècle.

Dans les rapports tant soit peu embrouillés des Indes Anglaises du 16ième siècle, rapports qui nous ont été transmis par les écrivains Portugais Lopo Soarez, Gaspar Correa et Christoval d'Acosta (§ 2, 3 et 4), il est fait mention d'une maladie aigüe, qui se manifesta d'une manière épidémique et qui occasionna une grande mortalité dans l'armée du prince de *Calicut* en 1504, et à *Goa* en 1543. La description des symptômes n'est pas assez claire, pour y reconnaître le choléra. Le médecin portugais Gaspar Correa dit seulement dans les Lendas da India en parlant de la mortalité en 1504: „qu'en hiver la *dyssenterie* et *la petite vérole* faisaient mourir beaucoup de monde, ainsi qu'une autre

maladie qui débutait subitement, et causait un mal de ventre qui tuait en huit heures de temps. Ces trois maladies augmentèrent beaucoup la mortalité." Quel motif avons-nous d'admettre que cette maladie sans nom, soit bien le choléra? Une grande mortalité, une marche rapide, et un début de la maladie par des maux de ventre, peuvent aussi bien se retrouver dans la febris intermittens-perniciosa, dans l'empoisonnement par l'eau potable, ou les champignons etc. que dans le choléra asiatique.

Parmi les symptômes de la maladie *Moryxy*, qui régnait en 1543 à *Goa*, Gaspar Correa cite seulement quelques symptômes communs avec le *choléra asiatique*. Les symptômes les plus caractéristiques font défaut, et si on n'avait pas employé l'expression „moryxy", on n'y aurait jamais fait grande attention. A la fin du § 4 nous avons déjà insisté sur la description imparfaite de la maladie par Gaspar Correa; nous avons dit qu'en lisant son récit nous avions plutôt pensé à un empoisonnement par l'eau potable qu'au *cholera asiatica*. Van Linschoten et Pyrard remarquent qu'on pouvait journellement assister à des cas d'empoisonnement à *Goa*. Les Portugais tâchaient d'enlever à l'eau potable ses qualités pernicieuses en y ajoutant différentes substances; et Pyrard nous raconte que l'eau potable pour les Européens malades dans l'hôpital de *Goa* était apportée de loin par des koelies (coulis ou indigènes).

Gaspar Correa prétend que la maladie était *toute nouvelle* et que ses causes restaient inconnues. En tout cas il lui donna bien à tort le nom de *moryxy*, peut-être parce que les vomissements dominaient; car *morxi* ou *moryxi*, mot abâtardi chez les Portugais en *mordexi* était une maladie très *ordinaire* à *Goa;* les Indiens la

nommaient *morxi*, ce qui d'après eux veut dire „*maladie causée par trop de nourriture.*"

Il faut bien remarquer, que le célèbre médecin Garcia de Orta dit que la *passio cholerica*, nommée *morxi* par les indigènes de *Goa*, *hachaiza* par les Arabes et *mordexi* par les Portugais, est plus aigüe dans ces contrées qu'en Europe, mais qu'il ne mentionne pas qu'elle se manifestât à *Goa*, à l'état d'épidémie; il ne fait même aucune mention de l'épidémie qui y aurait été observée en 1543 par Gaspar Correa, quoiqu'il résidât dans ce temps à *Goa*. A quoi attribuer ce silence? Nous l'ignorons, mais nous nous croyons autorisé à supposer que les communications de Gaspar Correa sont inexactes, plutôt que d'admettre qu'un Garcia de Orta, homme savant, reconnu comme tel, qui nous a donné une description détaillée de choléra nostras, de ses causes et de son traitement par les indigènes, que ce grand observateur ait négligé de nous informer que la maladie *morxi* se manifestait de temps en temps à l'état épidémique. Cette hypothèse serait absolument impossible si l'on se rappelle que l'épidémie de *moryxy* aurait eu lieu en 1543, pendant qu'il habitait lui-même *Goa*, après un séjour de neuf ans aux Indes. (§ 5).

Nous connaissons encore deux autres rapports sur le choléra à Goa, celui de Vincent le Blanc et celui de Jan Huygen van Linschoten.

Le premier, un voyageur français, parlant des maladies qui se présentaient à *Goa*, dit: „Tout ce peuple est très sujet à la grosse vérole (maladie vénérienne) ainsi qu'à une autre maladie qu'ils appellent „Mordesin", qui commence par de violents vomissements et maux de tête, et

qui est très pestilentielle, parce que beaucoup de monde en meurt." Quand on ne veut pas absolument s'en tenir au mot „Mordesin" — dénomination ne se rapportant pas toujours à la même maladie, comme nous le verrons plus tard — le rapport de le Blanc n'offre aucun intérêt, car personne ne pensera au choléra en lisant les symptômes qu'il cite

Nous attachons bien plus d'importance à la communication de van Linschoten, auteur très connu, qui passa quelques années à *Goa* et qui donne des renseignements plus détaillés sur les maladies, qui s'y présentaient dans ce temps. D'après lui „il y règne une maladie, qu'ils nomment *Mordexijn*, qui se manifeste subitement, qui accable; elle débute par une indisposition et des vertiges; on vomit et on rend tout ce qu'on a dans le corps et elle se termine souvent par la mort. Cette maladie est très commune, elle fait mourir beaucoup de personnes; quelques-uns en guérissent après avoir couru les plus grands dangers."

Il se peut très bien que van Linschoten dans sa description du *Mordexijn* ait en vue une forme de *choléra nostras*, mais nous ne pouvons admettre qu'il s'agissait du *choléra asiatique*. L'image de la maladie est trop incomplète et le mot „régner" ne peut être pris dans le sens de „régner en général", car van Linschoten l'emploie aussi pour la pierre et la gravelle.

Il paraît aussi que la mortalité, causée par le „*Mordexijn*" n'a pas été très grande, car il nomme la dyssenterie „une vilaine maladie, très dangereuse, comme la peste; les febres continuae seraient très communes et dangereuses; les empoisonnements, les sorcelleries et autres actions

pareilles sont considérés comme des maux très communs, qui plus d'une fois font perdre à l'homme la vie." — En comparant la force de ces différentes expressions, nous conservons la conviction qu'à *Goa* il y avait plus de personnes qui mouraient de dyssenterie et de fièvres que de *mordexijn*, mais que cette dernière maladie attirait plus l'attention par son apparition subite et par son cours rapide.

A l'appui de cette assertion nous pouvons citer les rapports du voyageur François Pyrard et du pasteur Hollandais Philippus Baldaeus.

Pyrard, qui voyagea aux Indes de 1601 jusqu' à 1611, et qui fut deux ans captif à *Goa*, dit de cette dernière ville: „Les maladies du pays les plus cōmunes „sont fiévres chaudes, dissenteries, outre les maladies „veneriennes qui y sont fort ordinaires, seulement oû „sont les Portugais et non autre part en Inde." Plus loin nous lisons dans le même auteur: „Il regne entr'eux „une autre maladie qui vient à l'improviste, ils la nō- „ment Mordesin, & vient avec grande douleur de „teste & vomissement, et crient fort & le plus souvent „en meurent." En outre nous trouvons encore dans Pyrard la description d'une maladie sans nom, qui ressemblait beaucoup au *Mordesin*, et qui serait causée par un refroidissement sous l'équateur, où les journées très chaudes sont suivies de nuits très froides. Lui-même a essuyé deux fois une attaque de cette maladie, la première fois à son arrivée à l'île St. Laurent et la seconde fois pendant son séjour à *Goa*, une preuve que cette maladie n'était pas trop dangereuse.

Baldaeus, qui partit en 1654 pour les Indes, nous

raconte dans sa description célèbre du Malabar et de Coromandel: que les maladies du pays qui règnent le plus à Goa, ce sont des fièvres violentes, et que les Portugais combattent par la saignée, répétée souvent jusqu'à 5 et 6 fois par jour, mais très modérée chaque fois.

Baldaeus, qui passa plusieurs années dans ces contrées, mentionne aussi les cas fréquents de syphilis qui se présentent non seulement à Goa, mais partout aux Indes; en d'autres endroits de son livre il donne des preuves fréquentes que l'état sanitaire des populations des pays, qu'il a visités, a attiré son attention. Il a mentionné mainte particularité, qui se rapporte à l'état sanitaire de ces peuples, mais il n'a pas cru utile de faire une mention spéciale du *mordexin*. Ce n'est pas cependant qu'il n'aime pas les détails, s'ils sont intéressants. C'est ainsi qu'il déconseille de se coucher en plein air, et qu'il prescrit d'abriter les jambes contre le froid, afin d'être garanti contre la crampe. Le docteur Macpherson croit, que par le mot „crampe" on doit entendre choléra. Nous ne pouvons pas partager cette opinion; mais fût-elle exacte, il s'agirait du *choléra nostras*, et jamais du *choléra asiatique.*

John Albert de Mandelslo donna en 1639 l'indication sommaire des maladies, qui apparaissaient à Goa parmi les Portugais et qui étaient causées par le changement des saisons. Il dit par rapport au *mordexin*, que cette maladie est très ordinaire à Goa et qu'elle est mortelle. Cependant, en lisant sa description des maladies de *Goa*, on y trouve la preuve évidente, qu'elle n'est pas le fruit de sa propre expérience, et qu'il n'a fait que la copier de l'ouvrage de van Linschoten;

aussi n'avons-nous pas besoin de nous arrêter plus longtemps à sa communication.

Les rapports dont nous venons de parler dans cette partie, et dont nous avons discuté la valeur ne concernent, à proprement parler, que la ville de *Goa* située sur la Côte du Malabar. Ce sont, croyons-nous, les seules citations faites par les auteurs pour démontrer que le cholera asiatica a régné aux Indes Anglaises au seizième et dans la première moitié du dix-septième siècle. Comme *Goa* était dans ce temps le siége principal du Gouvernement Portugais aux Indes, et que les Européens des autres parties de l'archipel Indien étaient moins favorablement placés pour se mettre au courant des maladies du pays, il est très naturel que nous ne cherchions pas ailleurs des preuves de l'existence du choléra dans cette région. Si donc Garcia de Orta, et Pyrard et même Baldaeus, qui vécut un siècle plus tard que les premiers, ne font pas mention dans leurs ouvrages d'épidémies de *choléra* ou de *Mordexin*, cela ne peut s'expliquer autrement que par ce que *le cholera asiatica ne se manifesta pas pendant cette période sur la Côte du Malabar.*

Le choléra a Sumatra vers 1620.

Selon certains auteurs, Beaulieu aurait constaté vers 1620 l'existence du choléra à *Sumatra.* Nous croyons avoir démontré suffisamment dans le § 10 de l'édition Hollandaise que les hommes cités par Beaulieu sont morts de fièvres violentes, de scorbut et de dyssenterie,

et que lui et quelques-uns de ses matelots ont été atteints de catarrhus gastro-intestinalis, tous des accidents qui chez le médecin expérimenté éveillent à peine le soupçon de la terrible maladie, du choléra (§ 10).

Choléra pendant la première moitié du 17ième siècle a Java, aux Indes Occidentales, en Asie et sur la cote Septentrionale de l'Afrique.

Dans la première moitié du 17ième siècle, trois médecins célèbres, dont les écrits ont encore de nos jours une valeur scientifique, ont énoncé leur opinion concernant l'apparition du choléra dans les régions tropicales. Nous voulons dire Jacobus Bontius, Gulielmus Piso et Zacutus Lusitanus.

Bontius donna une description détaillée du choléra nostras à *Batavia* vers 1628; il rapporte que les indigènes donnaient à cette maladie le nom de Mordexi, et „qu'ils la craignaient comme on craint la peste en Hollande." Il écrit aussi dans une lettre à son frère, le 10 mars 1631, que sa seconde femme Sara Gerardi est morte d'un choléra violent, qui à Batavia „règne comme la peste chez nous." Ce sont ces deux expressions qui ont fait naître l'opinion que Bontius avait connu à *Batavia* le *Cholera asiatica*.

Dans les § § 11—15 de l'édition Hollandaise nous avons précisé, pourquoi nous ne pouvons partager cette opinion. En premier lieu: nous ne trouvons dans la description pourtant si exacte du choléra de Bontius aucune mention d'une diarrhée prodromique, ni de symp-

tômes cyanotiques, ni de langue froide, de peau crispée, de voix rauque, de facies cholerica, ni d'anurie, ni de symptômes typhoïdes, qui accompagnent presque toujours le *cholera asiatica* mortel et qui en tout cas ne font jamais entièrement défaut. Par contre on y trouve expressément que les selles sont copieuses et formées de matières bilieuses, mais qu'elles ne renferment aucune substance anormale. („Haec excretio et non sine causa alicui videretur salubris, quod talia purgentur qualia oportet.") Il nous semble que cette expression d'un homme comme Bontius peut difficilement se rapporter aux déjections incolores semblables à l'eau de riz, qu'on observe chez les malades atteints du *choléra asiatique.*

En second lieu, Bontius ne parle nulle part dans ses ouvrages de l'apparition épidémique du choléra. La mortalité relativement grande causée par la forme de choléra (cholera biliosa) décrite par Bontius et à laquelle il fait allusion „ut accidit inter plurimos Cornelio van Royen" ne prouve pas que nous avons affaire ici au *choléra asiatique:* les conditions hygiéniques excessivement mauvaises, les soins pitoyables qu'on avait des malades et le traitement médical insuffisant étaient cause, qu'au 17ième et au 18ième siècle et même encore au commencement du 19ième, beaucoup de personnes à *Batavia* mouraient de maladies, qui pourtant ne peuvent être considérées comme mortelles.

Troisièmement le *choléra asiatique* aurait trouvé pendant le siége de *Batavia* un terrain excessivement favorable pour se propager et pour faire des ravages parmi les assiégés, aussi bien que parmi les assiégeants, et cependant il n'est pas même question d'une mortalité extraordinaire dans la ville même par suite du choléra. Le Gouverneur général Jan Pieterz. Coen écrivit, il est

vrai, le 3 novembre 1628 aux Directeurs de la Compagnie des Indes Orientales que pendant le siége de *Batavia* plusieurs soldats et matelots moururent de la dyssenterie (roode loop), mais du *choléra* pas un mot. Son successeur le Gouverneur général Jacques Specx rapporta le 15 décembre 1629 aux Seigneurs XVII, que pendant le second siége de *Batavia* plusieurs des assiégeants étaient morts de faim et de misère et que dans la ville beaucoup de personnes avaient succombé aux fièvres chaudes et à la dyssenterie, mais pas plus que son prédécesseur il ne fait mention du *choléra.*

Quatrièmement, il résulte des écrits de Bontius que celui-ci ne distinguait pas assez nettement la dyssenterie du choléra, car dans une de ses lettres latines à son frère et dans ses oeuvres imprimées il donne le nom de dyssenterie à la maladie à laquelle sa femme avait succombé, tandis qu'il raconte dans d'autres lettres, qu'elle est morte d'un violent choléra. Cela ne nous étonne nullement; en effet les auteurs anglais disent expressément que ces deux formes de maladie se confondent souvent (§ 42).

Bontius avait assisté, en 1624 et 1625, à Leide à l'épidémie de la peste, et il était, ainsi que ses contemporains, encore sous l'impression récente de cette catastrophe, lorsque dans une lettre particulière à sa famille il employa l'expression, qu'à *Batavia* le choléra régnait comme la peste avait régné en Hollande. Quand, après tant d'années que l'Europe est exempte de la peste, nous entendons dans le langage populaire des expressions outrées telles que „fuir quelqu'un comme la peste" etc. alors il ne nous paraîtra pas étrange que ceux qui avaient été témoins d'épidémies pestilentielles en firent de même.

Guillaume Piso partit probablement vers 1637 avec George van Marckgrave comme médecin de Joan Maurice de Nassau pour le Brésil, où durant un séjour de sept ans il s'occupa activement de la médecine. Après son retour en Hollande il publia en 1648 à Amsterdam son ouvrage „de Medicina Brasiliensi". Dans le onzième chapitre du 5ième livre de son „Historia naturalis et medica Indiae Occidentalis" il donne une description du choléra, que nous avons reproduite page 76 de l'édition Hollandaise. Il y parle aussi de cholera sicca, mais sa description de la maladie ressemble du reste tant à celle de Bontius, que nous nous demandons bien involontairement, pourquoi les cas de choléra observés à *Batavia* par Bontius sont regardés comme cas de *cholera asiatica*, tandis que ceux observés par Piso au *Brésil* et ceux de Rouppe aux Indes Occidentales étaient regardés comme appartenant au *cholera europaea* (choléra nostras). La seule explication plausible, c'est que la plupart des savants ont cherché en Asie même les traces de la forme contagieuse du cholera asiatica, pour le bon motif qu'en 1817 le choléra sortit des Indes Anglaises pour envahir toute l'Europe.

Zacutus, que nous avons cité dans le § 15, distingue deux formes de choléra, savoir le cholera humida et sicca. Nous trouvons chez lui une description des causes et des symptômes du choléra nostras, qui diffère peu de celle des auteurs anciens. Il cite un cas caractéristique de *choléra nostras*, qu'il a observé chez un ancien militaire à Lisbonne; à cette occasion il rappelle, que malgré les symptômes les plus alarmants, il n'avait jamais perdu un de ses nombreux malades. Ensuite il nous apprend que cette in-

disposition, qui tue peu de personnes au Portugal et à Amsterdam, occasionne dans l'Asie (en Orient) un grand nombre de morts subites; que dans la langue du pays on l'appelle *Mordexi; qu'elle est presque toujours mortelle en Mauritanie et en Arabie*, et que les Arabes sont souvent atteints du choléra, parce qu'ils mangent continuellement un aliment froid et indigeste, qu'on nomme dans la langue du pays *cuscus.*

Quoique Zacutus n'ait jamais été en Asie, ses communications ont une grande valeur, parce qu'il tenait des renseignements de confrères savants, avec lesquels il entretenait, comme nous le savons, une correspondance suivie. Ce qui doit fixer spécialement notre attention, c'est qu'il ne parle pas d'un état épidémique du choléra, et qu'il dit expressément que le choléra était causé aussi chez les Arabes par suite d'indigestion. C'est ce qui nous explique pourquoi Karsten Niebuhr, qui voyagea en Arabie et dans les pays avoisinants, de 1761 jusqu'à 1764, vantait la cassia fistula combinée à la rhubarbe comme le meilleur médicament que les Arabes connaissaient pour le traitement de choléra morbus.

Nous devons aussi remarquer que Zacutus prétend *que le choléra est presque toujours mortel,* non seulement en Arabie, mais aussi en Mauritanie, donc sur la côte septentrionale de l'Afrique. Cette grande mortalité doit bien être attribuée au mauvais traitement médical, parce que les Arabes employaient dans ce cas les laxantia et pas d'opiacea. En tout cas ces textes ne prouvent nullement que vers 1642 le *cholera asiatica* se manifesta *en Arabie et sur la côte septentrionale de l'Afrique*,

car il n'est pas probable que la forme *transmissible* du choléra se fût limitée à la côte septentrionale de l'Afrique, et n'eût atteint que les Arabes qui s'y trouvaient. Sans aucun doute la maladie se serait étendue à l'Espagne et aurait gagné toute l'Europe. Zacutus n'aurait pas manqué de faire ressortir cet événement.

Choléra pendant la seconde moitié du 17ième siècle aux Indes Anglaises, a Ceylan, a Java, en, Chine et au Japon.

Dans la seconde moitié du 17ième siècle les rapports sur le choléra deviennent plus fréquents, mais ils sont d'une étude plus difficile, parce que de plus en plus le nom de *Mordexi* ou *Mordeshi* a été employé pour désigner des espèces de maladie très diverses. La valeur des rapports médicaux augmente en raison même de la compétence de leurs auteurs. Quelques-uns étaient médecins; ils avaient reçu une éducation scientifique, et avaient étendu le cercle de leurs connaissances médicales par de longs voyages; ceux-là ont cherché à mettre en harmonie avec les faits observés dans divers pays les observations, qu'ils recueillirent en Orient.

Le voyageur français de Thevenot raconte en 1664, que les Persans font un usage très immodéré des fruits, et qu'à la suite de ces excès plusieurs meurent (§ 16). Deux ans plus tard il était à *Boorhampoore* (Brampour), où, d'après le docteur Macpherson, il était atteint d'une légère attaque de *choléra*. De Thevenot lui-même donne à sa maladie le nom de colique, „mais", dit-il

ensuite: „Les Portugais appellent Mordechin les „quatre sortes de coliques qu'on souffre dans les Indes, „où elles sont fréquentes. La première est une simple „colique, mais qui cause de grandes douleurs: La seconde „est celle qui outre la douleur cause le cours de ventre. „Ceux qui sont affligés de la troisième ont de grands „vomissements avec les douleurs: Et ceux qui ont la „quatrième souffrent les trois maux ensemble, à savoir le „vomissement, le flux de ventre et les extrêmes douleurs; et „je crois que cette dernière est le *coléra Morbus.* Ces „maladies viennent le plus souvent d'indigestion, et se „font sentir *quelquefois* avec des douleurs si pressantes, „qu'elles tuent un homme en vingt-quatre heures. Le „remède que l'on a aux Indes pour s'en délivrer, est „de faire rougir une brochette de fer grosse comme la „moitié du doigt, l'appliquer sur la plante du talon du „malade et l'y tenir jusqu'à ce qu'il ne la puisse plus „souffrir, en sorte que la marque du fer y reste: Il „faut faire la même chose à l'autre talon avec le même „fer rougi, et ce remède est *pour l'ordinaire si efficace* „que les douleurs cessent en même temps.

..... „Le cours de ventre *seul* est aussi une maladie „fort ordinaire aux Indes *et très dangereuse*, car elle „fait mourir plusieurs gens et pour peu que l'on s'échauffe „on en devient aisément incommodé" (§ 17).

Un contemporain de de Thevenot, le médecin français Dellon, qui passa quelques années à *Goa*, dit: „La „maladie que les Orientaux appellent *Mordechi*, n'est „proprement qu'une indigestion; elle est fréquente dans „les Indes, où les chaleurs et les sueurs continuelles „rendent les estomachs débiles; elle n'est pas pour cela

„moins dangereuse & l'on en voit *très souvent* mourir „des personnes en peu d'heures, *si elles ne sont promp-* „*tement secourues.*" Les symptômes qu'il en donne font plutôt penser à des fièvres de malaria qu'au choléra. Le brûlement des talons avec un fer chaud aurait toujours été pratiqué par lui avec succès (§ 18).

Un médecin anglais, le docteur Freyer, qui visita *Suratte* en 1674, nous rapporte, qu'il n'y règne *jamais* de maladie pestilentielle, mais que le *choléra morbus* existe pendant les grandes chaleurs et que les indigènes, quand ils ont des vomissements continuels, ce que les Portugais nomment *mordesheen*, appliquent des fers chauds. Plusieurs de ses compagnons de voyage souffrirent en 1678, en Perse, d'une maladie bilieuse ou *choléra morbus*, ce qui chez lui doit être synonyme de *choléra nostras* (§ 19).

En 1829 le lieutenant-colonel Tod fait mention d'une mortalité extraordinaire à *Mewar* en 1684, et à *Marwar* en 1681, qu'il pense devoir attribuer au *choléra*, toutefois sans raisons suffisantes (§ 20).

Un médecin hollandais, le docteur Bartholomeus Pilat, rapporte que le *Bort* ou *choléra* apparut en 1679 à *Ceylan*, et il vante la „pierre des porcs" (lapides porcorum) comme un excellent remède contre cette maladie (§ 22).

Le chirurgien en chef de la Compagnie néerlandaise des Indes Orientales Nicolaus de Graaff raconte, qu'il a traité en 1670 à *Soepra*, au Bengale, un cas de

maladie, appelée *Maigola*, qui, à en juger d'après les symptômes, peut avoir été un cas de *mordeshin* (§ 23).

Le docteur Engelbert Kaempfer rapporte que vers 1690 le *Bort* ou le *choléra* était une maladie mortelle, très commune au Japon (§ 24).

Le docteur Andreas Cleyer ferait mention du choléra en *Chine*, quand il dit que la maladie *hô-luón*, caractérisée par des vomissements et la diarrhée, est bénigne quand le pouls se relève, mais qu'elle est dangereuse, quand le pouls est faible et lent (§ 25).

Le docteur Willem ten Rhijne rapporte en 1683, qu'aux *Indes* les indigènes emploient avec succès la moxa en cas de *choléra morbus* (§ 26).

Le docteur Homberg mentionne en 1688 que les *Javanais* dans certains cas de colique et de diarrhée douloureuse, généralement mortelle, amènent la guérison en brûlant la plante des pieds (§ 27).

Un ecclésiastique anglais, John Ovington, rapporte en 1691, qu'à *Suratte* quelques personnes meurent de *Merdechine*, maladie accompagnée de violents vomissements et de diarrhées, qui provient principalement de copieux repas de poisson et de viande à la fois, et que l'on guérit les malades en leur brûlant les talons avec un fer rouge (§ 28).

Le comte Forbin parle d'une maladie pestilentielle à *Masulipatam* en 1687; le docteur Macpherson la con-

sidérait comme le choléra, mais nous croyons pouvoir la ranger parmi les fièvres de malaria (§ 29).

Gemelli Carreri fait mention d'une maladie pestilentielle, qui apparut vers 1695 à *Baçaim*, situé entre Daman et Suratte, et de deux formes de colique qu'il nomme *bombariki* et *naricut.* D'après Carreri le *Mordazin* serait un complexus morbide caractérisé par la fièvre, les vomissements, une faiblesse des reins et le mal de tête (§ 30).

Nous avons déjà examiné ces rapports un à un dans l'édition hollandaise; nous avons démontré à cette occasion, qu'aucun d'eux n'établit d'une manière péremptoire l'apparition du *cholera asiatica* aux Indes. Il résulte de cet aperçu général que de Thevenot, Dellon, ten Rhijne et Ovington considèrent comme très graves les formes de maladie, qu'ils nomment *mordeshin* ou *choléra morbus*, mais que le mode de traitement usité est très satisfaisant et que la guérison se produit *ordinairement* par l'emploi du fer rouge ou du moxa.

Le docteur Freyer et Bartholomeus Pilat s'expriment sur le *choléra morbus* et *le choléra* ou *Bort* de telle manière qu'il faut supposer, qu'ils regardent la maladie comme peu dangereuse.

Le docteur Kaempfer est le seul, qui affirme que le *Bort* (la cholérine) est une maladie dangereuse et mortelle au *Japon*, mais en d'autres endroits de son livre il vante le *Japon* comme un pays très sain, sans rappeler la mortalité causée par le *choléra*.

Faut-il considérer comme choléra la forme de colique de Homberg à *Java*, la maladie *hô-luôn* de Cleyer en *Chine*, la maladie *Maigola* de de Graaff au *Bengale*, et les formes de colique *bombariki* et *naricut* de Gemelli Carreri? En tout cas il n'en résulterait pas que ces auteurs ont considéré ces maladies comme dangereuses ou mortelles; il ne faut donc pas les considérer comme identiques au *cholera asiatica.*

Les épidémies meurtrières, dont parlent le lieutenant-colonel Tod, le comte Forbin et Gemelli Carreri, peuvent se rapporter à d'autres maladies tout autant qu'au choléra; nous ferons observer, que ce sont des personnes qui ne sont pas médecins, qui mentionnent ces épidémies et qui nous laissent dans l'incertitude sur les symptômes de la maladie.

Par contre, nous voyons que le médecin anglais Freyer, les chirurgiens en chef hollandais Schouten et de Graaff, les docteurs Kaempfer et ten Rhyne ne font nulle part mention dans leurs ouvrages d'épidémies de choléra. Pourtant ils ont beaucoup et longtemps voyagé dans la partie méridionale de l'Asie et dans l'archipel Indien. Ils connaissent aussi très bien la forme de choléra, décrite par les anciens auteurs de la Grèce et de Rome. Ils mentionnent la dyssenterie, les fièvres malignes, la petite vérole, le beri-beri, la famine, les fièvres putrides et le scorbut comme les causes de la grande mortalité et ils décrivent différentes formes de coliques. Ils indiquent les différents modes de traitement de ces maladies chez les indigènes, les Chinois et les Japonais, et ils tâchent même de rechercher les causes de l'insalubrité de quelques lieux. Néanmoins la signification de l'expression *morde-*

shin, qui dans le temps était en médecine synonyme de choléra, s'embrouille de plus en plus et le pronostic des formes de maladies, auxquelles on donne le nom de *mordeshin*, devient au contraire plus favorable. Il en résulte, que nous ne saurions en aucune façon partager l'opinion du docteur Macpherson, quand, parlant du dix-septième siècle, il dit: „*but it is absolutely certain, that a disease identical with modern malignant cholera, both in its sporadic and its epidemic form, was usually meant by mordeshin.*" (l. c. pag. 179).

Choléra aux Moluques vers la fin du 17ième et le commencement du 18ième siècle.

En ce qui concerne les *Moluques*, et spécialement l'île d'*Amboine*, Rumphius et Valentijn rapportent que vers la fin du 17ième et au commencement du 18ième siècle il s'y présentait quelques formes de colique et de catarrhe d'intestins (choléra nostras), qui font penser au *choléra asiatique.* Les Européens les nommaient Bort et les indigènes *oepas.* Rumphius donne dans son texte latin à ces formes de maladies les noms de *choléra morbus, fluxus cholericus* et *cholera biliosa.*

Rumphius dit que le Bort et le *pleuritis* d' *Amboine* sont deux maladies très communes et très dangereuses et que la plante, qu'il appelle *anticholerica*, valait son poids d'or en raison des services qu'elle rendait journellement dans quelques maladies dangereuses, entre autres dans différentes formes de choléra.

Remarquons, qu'il connaissait les oeuvres de Bontius, de sorte qu'il accorde implicitement que la *cholera biliosa*

était une maladie dangereuse, mais qu'elle pouvait être arrêtée par l'emploi de l'anticholerica. Rumphius ne dit pas qu'à *Amboine* beaucoup de personnes mouraient de *bort* et de pleuritis; par contre dans le même chapitre, il le dit expressément, quand il parle de la morsure du serpent contre laquelle on employait le rex amaroris. Rumphius ne parle non plus de l'apparition épidémique du *choléra* ou *bort*, quoiqu'il fasse mention d'une épidémie de fièvres chaudes dans l'île voisine de *Banda* en l'an 1678. Rumphius rapporte, que toutes les formes de choléra sont guéries par le rex amaroris ou le caju soulamoe; Valentijn ne paraît nullement juger la maladie dangereuse, car il dit: „parmi les maladies du pays on rencontre aussi le Bord, nommé chez eux Oepas, puis la colique, *indisposition* que ressentent beaucoup de marins qui, descendus à terre, prennent différentes boissons et des fruits verts."

Nous nous en rapportons aux communications de Rumphius et de Valentijn (§ 31 et § 33); nous les reproduisons pour démontrer l'invraisemblance de l'apparition du cholera asiatica aux *Moluques* avant 1821.

Choléra aux Indes Orientales pendant la première moitié du 18ième siècle.

Dans la première moitié du 18ième siècle il est fait très rarement mention du choléra.

Le chirurgien en chef Arent Blankert, qui de 1695 jusqu'à 1712 fut au service de la Compagnie Néerlandaise des Indes-Orientales, dit que le Bort (choléra) est un violent mouvement dans l'estomac et un bouillon-

nement dans les intestins, par lequel un grand écoulement de bile et de phlegme se produit par le haut et par le bas et qu'il a souvent rencontré ce mal dans les régions indiennes. D'après ce qu'il rapporte ensuite de maladie, il paraît résulter qu'elle ne fut pas très dangereuse. Il ne dit rien de l'apparition *épidémique* du *choléra* ou *Bort* (§ 34).

En parlant de *Goa*, Valentijn écrit vers 1725: „de graves maladies se manifestent à chaque changement de saison; des fièvres violentes, le Mordexin (qui par de fortes oppressions et des battements de coeur vous surprend si rapidement que vous pensez en mourir subitement), et d'autres maladies sérieuses, qui s'en suivent ordinairement." Comme Valentijn n'a jamais été à *Goa*, et qu'il emploie ici les mêmes expressions que van Linschoten, son opinion est de peu de valeur (§ 32).

Luillier, qui en 1702 et 1703 fit un voyage à la Côte de Coromandel et au Bengale, prétend que la *mort de chien* était *souvent* mortelle à *Hoogly* (Bengale) „si l'on n'est pas promptement secouru; l'expérience a „fait trouver un remède qui est unique et très-assuré, „c'est d'appliquer un fer chaud sous la plante des pieds, „et ensuite les battre avec un batoir ou autres choses „plates." On appliquait le massage comme préservatif. Cette communication de Luillier n'est pas une preuve que le *cholera asiatica* se manifestait dans ce temps au Bengale, car il cite comme symptômes principaux „des assoupissements léthargiques" sans mentionner aucun autre symptôme (§ 35).

Paxman, qui publia en 1735 son ouvrage „Specile-

gium de Indorum morbis," et qui avait passé 9 ans au *Bengale*, rapporte que des fièvres malignes y règnent au mois d'août, mais il ne dit rien de précis concernant le *mordeshin*, ni de l'apparition épidémique de cette maladie dans cette partie des Indes. Il est vrai qu'à un autre endroit dans son livre il dit, que le *mordeshin* et le *mordshi* sont fréquents aux Indes; il ajoute que le *mordshi* est une affection de l'estomac, et qu'on entend par *mordeshin* une indisposition accompagnée de vomissements (Macpherson l. c. pag. 120).

Valentijn raconte que les hollandais faisaient déjà de bonne heure le commerce avec le Bengale, et qu'à partir du 17ième siècle ils avaient différents comptoirs dans ce pays; les soldats et les marins s'y rendaient volontiers, parce que tous les aliments y étaient à bon marché. Valentijn se tait sur les maladies du *Bengale*. C'est en vain que nous avons cherché jusqu'à présent dans les archives du Royaume (Rijks-archief) à la Haye, spécialement dans les journaux de bord et autres documents relatifs au Bengale, les traces de *cholera asiatica;* nous ne pouvons donc pas nous figurer, que le *cholera asiatica* y régnait au 17ième et au 18ième siècle.

Le docteur James Jameson, secrétaire du conseil médical à *Calcutta*, qui rédigea en 1819 le rapport de la grande épidémie de choléra morbus au *Bengale* de 1817—1819, ne fut pas plus heureux dans ses recherches. Dans la préface il dit dans une note: „nous avons examiné the Native histories of Ferishtu and Ghoslam Hoosein, qui contiennent l'énumération de tout ce qui intéresse les possessions indiennes à partir du gouverneur Hastings,

mais quoiqu'il soit fait mention de mainte famine et de maladies pestilentielles, *il n'y est pas question du tout du choléra, preuve irrécusable qu'auparavant cette maladie ne régna jamais d'une manière générale*" (§ 67).

Adoration de la déesse du choléra Oola Beebee a Calcutta.

Plusieurs auteurs considèrent l'adoration de Oola Beebee, déesse du choléra, par les indigènes du Bengale, comme une preuve concluante que le *cholera asiatica* a régné dans *le Delta du Gange* au 18ième siècle. Ce sont surtout les auteurs anglais très connus, Macnamara et Macpherson, qui ont attiré l'attention sur cette circonstance. Nous leur empruntons les particularités suivantes:

Dans l'antiquité la Divinité était favorablement disposée à détourner certaines maladies quand on la représentait sous différentes formes et qu'on adorait ces statues. Une des formes les plus connues était celle de Sheetola ou la déesse de la petite vérole. Il y a quelques années on découvrit sur la façade d'un temple à *Vizianugger* une inscription qui indiquerait les symptômes du choléra. En diverses parties des Indes, longtemps avant l'apparition de l'épidémie de 1817, on adorait la déesse du choléra comme *Maree*, ce qui signifiait „la destructrice", et au sud du Bengale sous le nom de *Oola Beebee.*

Macnamara raconte dans son History of Asiatic cholera (p. 36), qu'il possède de bonnes photographies du temple à Calcutta et de la statue de cette déesse, et qu'il a recherché la légende de cette déesse. La

voici en quelques mots: Dans un temps bien reculé — la date ne peut être fixée avec précision — une vieille femme aurait, d'après la tradition, rencontré dans le bois une grande pierre qu'on prenait pour l'image de la déesse du choléra. On eut bientôt convaincu les Hindous, que l'adoration religieuse de cette statue devait être le seul préservatif contre l'effroyable maladie. Cette idole devenue la propriété d'une famille de prêtres, pour laquelle elle devint la source de riches revenus, fut placée à Calcutta dans une grange en bambou et de tous côtés le peuple venait l'adorer. Cela se faisait généralement aux mois d'avril et de juin, saisons pendant lesquelles le choléra règne de préférence. Lorsque la grange en bambou menaça ruine, un négociant anglais, qui voulait plaire aux commerçants indigénes, fit élever à la déesse du choléra un temple en pierre, dont on voit encore les ruines.

Vers 1750 ce temple en pierre menaçait ruine également et Duncan fit présent de 6000 roupies pour la construction d'un nouvel édifice, dont on se sert encore de nos jours. Tout près de là se trouvait la tombe de la femme mahométane et de l'enfant de Duncan.

Macpherson donne dans ses „Annals of cholera" une description plus détaillée de l'idole. D'après lui, on transporta la vieille pierre grossière dans ce nouveau temple et on fit une idole mieux achevée. Elle représente un corps sans tête, rongé par un vautour; sur le dos du vautour est assise la déesse aux quatre mains. A sa droite est Munsha, la déesse des serpents; à côté de celle-ci Shiva, le symbole de la destruction; puis vient une femme dans une attitude suppliante et ensuite un homme

atteint de la maladie. La femme est censée supplier Shiva de guérir son mari. A gauche de la déesse se trouvent les statues de Sheetola, la déesse de la petite vérole et de Shusthee, la déesse qui veille sur les enfants et les mineurs.

Cette sculpture attira il y a quelque temps un grand nombre de pèlerins et les revenus s'élevaient à 4000 roupies par an; même le riz, produit des offrandes qu'on y portait, donnait 200 à 250 *maunds* ou environ 9 tonnes.

Le temple est encore toujours la possession de la même famille qui en était le propriétaire primitif, mais les offrandes ont diminué et ne rapportent plus que 300 à 400 roupies par an.

Macpherson dit ensuite, que „quoique le choléra ne régnât pas si violemment au commencement du 18ième siècle qu'au 17ième, on peut conclure de l'histoire du temple de la déesse Oola Beebee, que la maladie apparaissait souvent au Bengale; il est quasi certain que le choléra y sévit de temps en temps d'une manière violente, sinon on n'aurait pas cru nécessaire de se réconcilier avec la Divinité en raison du choléra spécialement."

Dans la Quarterly Review (vol. 122 de janvier 1867 p. 39) on fait mention de la communication suivante d'un écrivain anonyme dans la gazette de Calcutta de 1831: „He states that a band of bird and fruit sellers — in fact, a sort of gipsies, called Koorarceas — were seen by him at a village called Saibgunge, in the district of Purneah, north of the Ganges in 1816, and that in the months of April and May they suffered *from a pestilence unknown before as an epidemic, which consequently had no name, but to which they gave the name of Oola;* that it killed eight or ten of them a day, and

that in consequence of it they moved their encampment." Le correspondant ajoute: „We are inclined to attach every credit to this statement, which is put forth quite simply, and unconnected with any theoretical views."

Dans une note au bas de la page on lit: „Ola-uthaha, now the common Bengalee name for *cholera*, is defined in Forster's vocabulary 1802: Flux attended with vomiting."

Cet article est-il authentique, ce que nous n'osons pas affirmer, il en résulterait, que le *cholera asiatica* comme maladie *épidémique* a été inconnu au *Bengale* jusqu'à 1816, et que le nom d'Oola, donné à cette calamité, date de ce temps; ce qui contredirait l'opinion de Macnamara et de Macpherson, qui soutiennent que déjà au commencement du siècle précédent le temple de Oola Beebee à *Calcutta* était dédié à la déesse du cholera asiatica. On ne peut pas nier l'existence de ce temple, et l'on ne saurait douter que les indigènes ne s'y rendent encore de nos jours pour prier la déesse qu'elle fasse cesser le choléra. Ces faits peuvent être constatés journellement, et Macnamara entre autres les a également observés. Mais il nous paraît téméraire d'affirmer, que les pèlerins, qui se rendaient à ce temple pendant le siècle précédent, l'aient fait dans la même intention.

Laissons de côté pour un moment le doute, qui bien involontairement nous est venu concernant l'authenticité des rapports sur le choléra des siècles précédents; nous nous en tenons exclusivement aux récits de Macnamara et de Macpherson, dont nous ne pouvons pas partager les opinions relativement à la légende du temple. En effet ils ne citent aucune preuve à l'appui de leur manière de voir. La thèse — disant que le choléra doit avoir régné

de temps en temps au *Bengale* d'une manière violente, parce que sans cela le temple aurait été superflu — n'est pas admissible, tant qu'on n'aura pas clairement démontré que ce temple était consacré à la déesse du choléra avant 1816. C'est la description de l'idole, par Macpherson, qui donne à réfléchir. Pourquoi a-t-on introduit dans le groupe les statues de Munsha, la déesse des serpents, et de Sheetola, la déesse de la petite vérole? Dans un temple exclusivement voué au choléra, les statues de ces déesses ne seraient pas à leur place. En outre nous ne comprenons pas trop bien, pourquoi l'homme malade, qui est représenté dans le groupe, serait atteint de choléra? de l'absence de pustules sur la statue on a pu conclure qu'elle ne doit pas représenter une personne atteinte de la petite vérole; mais nous ne pouvons concevoir par quels moyens le statuaire aurait pu faire ressortir que l'homme, qu'il représentait, était atteint de *cholera asiatica* plutôt que de febris intermittens perniciosa ou de dyssenterie, deux formes de maladies qui faisaient dans ce temps au *Bengale* un si grand nombre de victimes.

De temps immémorial les Hindous avaient la coutume d'élever des statues à la Divinité, et de la prier de détourner des hommes les maladies dangereuses. La fréquence des morsures de serpents, et les invasions réitérées de la petite vérole expliquent très bien comment ils furent portés de bonne heure à élever des temples à Munsha et Sheetola, respectivement déesses des serpents et de la petite vérole. Macpherson lui-même nous raconte qu'en différentes parties des Indes, longtemps avant l'apparition de la grande épidémie de choléra en 1817, la déesse du choléra était adorée sous le nom de

Maree, ce qui signifierait la Destructrice. Rien d'étonnant dès lors à ce que, en temps de famine, pendant les épidémies de fièvres malariennes violentes et d'autres calamités publiques, aussi terribles que le *cholera asiatica*, ils se rendissent au temple de Maree, la Destructrice, pour y implorer la fin de l'épidémie. On s'explique aussi qu'ils firent la même chose lorsque le choléra épidémique les envahit en 1817, et que plus tard à la réapparition de cette épidémie, ils sentaient la nécessité de créer une déesse spéciale pour le choléra, à laquelle ils donnaient à Calcutta le nom de Oola Beebee. Quand on voit que les médecins peuvent encore de nos jours confondre le choléra avec la febris intermittens perniciosa, nous ne devons pas nous étonner, que les Hindous à Calcutta (au Bengale) confondent les fièvres pernicieuses bilieuses, qui anciennement régnaient sur les bords du Gange, avec le choléra ou *Ola Uthaha* actuel; *Ola Uthaha* signifie en effet, comme nous venons de voir, „flux de ventre accompagné de vomissements", symptômes, qui d'après Lind, Clark, Balfour, Johnson et d'autres correspondants véridiques, pouvaient tout aussi bien être observés dans la *Pucca fever* à *Calcutta*.

Sans attacher trop d'importance à notre opinion, nous trouvons cependant dans les considérations précédentes une raison de supposer, que le temple d'Oola Beebee à *Calcutta* n'était pas de tout temps voué au culte de la déesse du *choléra asiatique*, — comme de nos jours, — mais en général à toutes les maladies qui causent une grande mortalité; en d'autres termes, c'est après 1816 que la destination primitive du temple fut changée, et qu'il fut dédié à Oola Beebee, déesse spéciale pour le choléra; les images de Munsha et de Sheetola du groupe

prouvent que jadis on y venait faire des offrandes à l'intention de personnes qui étaient atteintes de morsures de serpents, ou de la petite vérole. Cette opinion nous explique aussi que le revenu actuel du temple s'élève à un dixième des revenus antérieurs, bien que le *cholera asiatica*, — en supposant un moment qu'il ait existé avant 1816, — ait entraîné dans le siècle actuel plus de vies humaines que dans les siècles précédents.

Nous trouvons encore dans Macpherson quelques autres communications concernant le *mordeshin*, mais nous n'avons pu en contrôler les sources.

Le missionnaire Père Martin décrivit en 1702 l'indigestion qu'on nomma aux Indes *mordeshi*, et à laquelle, d'après lui, quelques Français ont donné le nom de *mort de chien*, parce qu'elle causait une mort violente et affreuse, comme „une espèce de colique de miserere."

Un autre missionnaire rapporte vers le même temps: „Les jours passés un paien était attaqûé d'une maladie „qu'on appelle *Mordechin*. Son frère qui est Chrétien lui „donna un peu d'eau bénite et se mit à réciter avec foi „quelques prières: le malade guérit subitement."

Ces brèves communications nous paraissent de peu d'importance. Elles ne peuvent ébranler notre conviction: *nous n'avons trouvé aucune preuve certaine*, *qu'avant* 1750 *le cholera asiatica ait fait son apparition au Bengale ou dans d'autres parties des Indes.*

Choléra sur la côte du Malabar pendant la seconde moitié du 18ième siècle.

Les rapports sur l'existence du choléra dans la seconde moitié du 18ième siècle sont très nombreux. Il nous a été impossible de remonter aux sources de tous les faits et de toutes les communications.

Nous avons dû nous borner aux faits principaux; cela suffira; les oeuvres de Lind, Clark, Johnson, Jameson, Annesley et d'autres écrivains anglais nous ont fourni les moyens d'éclaircir mainte question obscure. Celles de Lind, Clark et Johnson eurent plusieurs éditions; elles étaient appréciées non seulement par les médecins Anglais, mais aussi par les Hollandais, qui les considéraient comme d'excellents traités des maladies des tropiques; on peut les considérer comme des guides certains; il en est de même des ouvrages célèbres de Jameson et d'Annesley.

Le voyageur John Henri Grose rapporte en 1766, qu'une maladie très violente, nommée *mordeshin*, se manifesta sur la *Côte du Malabar;* qu'elle provoqua des vomissements, des selles et des maux de ventre tellement violents que le malade mourait souvent en 30 heures. Le seul moyen efficace, que les médecins anglais connaissaient, consistait dans le brûlement des pieds, ce qui ne manquait guère de produire un effet salutaire.

Grose arriva en 1750 à *Bombay;* il assure que *dans ce temps le mordeshin* y était presque inconnu. Le docteur Macpherson, auquel nous empruntons ces détails de Grose, croit, que cela prouve que cette maladie était *antérieurement* bien connue à *Bombay*, de sorte

que: „it had its periods of increase and of decrease in the island then as now. The healthiness of the island must have been improved since the time of Ovington, when a man's life in *Bombay* was supposed to be worth two monsoons! A suggestion of those days for diminishing the unhealthiness of the place was, that the houses should be better raised" (Macpherson l. c. pag. 125).

Cette thèse de Macpherson est risquée, et ne peut être prouvée.

Ovington, qui visita *Bombay* en 1690 (§ 28), s'exprima d'une manière défavorable sur l'état sanitaire de cette ville, mais il ne dit pas que le *mordeshin* y régnait.

Le docteur Freyer, qui se trouvait en 1674 à *Bombay*, prétend que l'eau potable y était mauvaise, et que l'insalubrité devait être imputée au mauvais emplacement de la ville, située au milieu d'un marais; il en résultait des diarrhées, l'hydropisie, le scorbut, le beri-beri, la goutte, la gravelle et des fièvres putrides malignes.

L'insalubrité antérieure de Bombay ne peut donc pas être attribuée au mordeshin sinon: Freyer et Ovington, qui ont rencontré cette maladie aux Indes, n'auraient pas manqué de relater, qu'elle se manifestait fréquemment à *Bombay* en 1674 et 1690.

Lind nous donne une meilleure explication de la diminution de la mortalité à *Bombay*. Il l'attribue à la construction d'un mur empêchant l'entrée de la mer, qui y formait auparavant un marais d'eau salée, ainsi qu'à la défense de fumer les champs de cacaotiers avec du poisson en putréfaction.

Clark aussi range *Bombay* parmi les plus saines colonies des Anglais, et pourtant il écrit: „The colera is also a very frequent disease at *Bombay*." Cette phrase a été regardée comme une preuve irrécusable que le *cholera asiatica* avait régné en 1770 à *Bombay* et sur la *Côte du Malabar* en général, mais c'est à tort, car il résulte des citations de Clark (§ 42) qu'il considérait la diarrhée, le *choléra* et le dry-belly-ach comme des indispositions bilieuses, et que les malades se rétablissaient aisément après un traitement médical convenable (§ 41—48).

Lind (1768 et 1780) range aussi le *choléra* parmi les indispositions bilieuses violentes. Il dit qu'aux Indes *le choléra morbus est appelé mordechin*, et qu'une attaque de cette maladie est parfois si subite et tellement violente, qu'il reste peu d'espoir de guérison, mais que ces attaques violentes et dangereuses sont *très rares.* Ce jugement important se rapportait non seulement à une région déterminée, mais en général aux endroits malsains des contrées tropicales.

Nous ne connaissons pas d'autres écrits sur le *choléra* de la côte occidentale des Indes; nous n'avons même rien trouvé sur la ville de *Goa*, qui faisait tant parler d'elle au 16ième et au 17ième siècle; c'est l'endroit où le *mordechin* aurait été très fréquent.

Lind dit que la *Côte du Malabar* est assez salubre, mais qu'elle est inférieure à la Côte de Coromandel. A Suratte et à Tillichery sur la même Côte les Européens jouissent généralement d'une excellente santé; il dit que *Goa* n'est pas du tout insalubre (§ 40).

L'opinion de Clark sur l'état sanitaire de la *Côte du*

Malabar est aussi favorable que celle de Lind. Il ajoute que les habitants de Cocheen sont excessivement bien portants (§ 43).

Choléra sur la Cote de Coromandel pendant la seconde moitié du 18ième siècle.

Suivant les rapports de Madras le choléra se serait manifesté en 1756 à *Arcot;* en 1769, 1770 et 1771 à *Amburped* et *Arcot;* et en 1787, 1788 et 1789 à *Vellore* et *Arcot.*

L'historien Orme dit, qu'une maladie régna en 1757 d'une manière épidémique dans le Sud des Indes et aux environs de *Tinnevelly*, et y causa un grand nombre de morts subites; d'après le docteur Macpherson il n'y a pas à en douter que cette maladie ne fût le choléra; d'autant plus que le docteur Paisley assure que le choléra fit de grands ravages pendant la première campagne des Anglais, et qu'il avait été observé à *Trincomale.*

Le voyageur français Le Gentil aurait rencontré en 1769 le *mordeshin* ou *mort de chien* à *Pondichéry.*

Sonnerat, le physicien français bien connu, décrit des épidémies, qui auraient régné vers 1768 et 1771 entre *Cheringam* et *Pondichéry*, sur la Côte de Coromandel; 60.000 personnes auraient été emportées par une maladie que les historiens considèrent généralement comme le *cholera asiatica.*

En 1774 le docteur Paisley aurait observé le choléra à *Madras*, et ce n'est que 33 ans plus tard, que ses observations ont été publiées dans l'ouvrage de Curtis: „Account of the diseases of India as they appeared in the Fleet 1782", publié en 1807.

En 1781 le choléra aurait régné et causé une grande mortalité parmi un détachement de troupes du colonel d'artillerie Pearse, en marche pour Madras le long des côtes orientales des Indes anglaises.

En 1782 Curtis et Girdlestone auraient été témoins du choléra à *Madras* et à *Tranquebar*.

Dans la même année, le botaniste König à *Tranquebar* aurait eu une attaque de choléra, et pendant son séjour cette maladie aurait régné dans les environs à l'état épidémique.

En 1790, d'après la communication du docteur Macnamara, le choléra reparut à *Ganjam*, et le Dr. MacRae le constata au 13ième bataillon, faisant partie de la divison du lieutenant-colonel Coxwell dans les *Circars Septentrionaux*, où la maladie régnait à l'état épidémique.

Nous avons déjà fait remarquer (§ 61), que nous n'avons pu vérifier les rapports de Madras. Nous ne pouvons donc donner de plus amples détails sur les communications, qu'ils contiennent.

Jusqu'ici il nous a été impossible de contrôler les rapports d'Orme et de Paisley. Quant au rapport de

Sonnerat, que nous reproduisons en entier aux §§ 48 et 49 de l'édition hollandaise, nous avons déjà dit en partie notre opinion à ce sujet. Sonnerat n'était pas médecin. Ce qu'il nous raconte de l'état sanitaire de la région comprise entre Pondichéry et Cheringam n'est pas basé sur des observations personnelles et laisse beaucoup à désirer au point de vue de la précision. Il attribuait à tort les fièvres malariennes et la malaria-cachexie à la présence de nitrum dans le sol. Nous avons aussi quelque raison de douter de l'exactitude des communications de Sonnerat. Par exemple: les résultats du traitement médical du *flux aigu* sont certainement exagérés — ceux des médecins indigènes trop défavorables; — et au contraire ceux du missionnaire du Choisel trop favorables. Comme plusieurs médecins renommés ont dit que la petite vérole (variolae) se présentait partout aux Indes, nous trouvons étrange que Sonnerat écrive: „la rougeole épidémique qui fit tant de ravages parmi eux, il y a cinq ans, était *une espèce de petite vérole qu'on n'avait point encore vue dans l'Inde.*" Il exagère aussi probablement quand il dit, que tous les malades traités par les médecins indigènes mouraient. La communication de Sonnerat perd également beaucoup de sa valeur, par ce que Le Gentil, qui de 1768 jusqu'à 1771 cultivait les sciences naturelles aux environs de *Pondichéry*, ne fait aucune mention de l'épidémie meurtrière, laquelle d'après Sonnerat y aurait régné pendant cette période. Pourtant nous avons prouvé au § 50 que Le Gentil s'occupait dans ses lettres scientifiques du climat et de l'état sanitaire de *Pondichéry*. Le Gentil, d'accord avec Sonnerat, appelle *mort de chien* une indigestion. Nous ne pouvons guère approuver, que l'on cite les écrits

de Le Gentil comme une preuve de l'existence du *choléra asiatique* sur la *Côte de Coromandel;* car on se base uniquement sur la conclusion inexacte que *mort de chien* est synonyme de *cholera asiatica.* Nous croyons pouvoir conclure, que vers 1769 *Pondichéry* était en général salubre, — que vers ce temps la *mort de chien n'y régnait pas à l'état épidémique*, du moins pas parmi les indigènes, — et que la description incomplète des symptômes de cette maladie, parmi lesquels on cite les défaillances, ne saurait s'appliquer au *cholera asiatica.*

La maladie dont König fut atteint à *Tranquebar* et qu'il décrit dans sa lettre du 16 octobre 1782, offre sans doute une grande ressemblance avec le choléra. Pourtant il paraît que les vomissements n'étaient pas constants, et on cherche en vain d'autres symptômes de choléra comme l'anurie, la grande soif, la langue et l'haleine froide, l'abaissement de la température du corps et la peau crispée. Il est aussi remarquable qu'on nomme la maladie *dysenteria apoplectica*, et que la période de guérison (convalescence) durait si longtemps. On ne dit rien de la contagiosité ni de la manière dont cette maladie se répand. La maladie, il est vrai, se terminait *souvent* par la mort en une demie heure, quelquefois en 6 ou 8 heures, et elle pouvait durer 24 heures, grâce à des médicaments efficaces; parmi ceux qui étaient délaissés, très peu se rétablissaient: toutes circonstances, qui dans les épidémies modernes de choléra sont des exceptions. Nous considérons la *dysenteria apoplectica* plutôt comme une febris intermittens algida que comme un choléra nostras, mais en aucun cas comme le *cholera asiatica* (§ 55).

Girdlestone et Curtis étaient en 1782 en même temps à *Madras*.

Girdlestone publia ses observations déjà en 1787 dans son ouvrage sur l'hépatite et les indispositions spasmodiques aux Indes, que nous avons commenté en détail dans le § 56 de l'édition hollandaise. Les symptômes de la maladie qu'il décrit, c'est à dire, abaissement de la température corporelle, crampes toniques et cloniques des membres, emphrostotonos, opisthotonos, cyanose, et transpiration abondante, soif excessive et vomissements continuels *sans diarrhée* ressemblent très peu à ceux du choléra. La succession des symptômes est tout autre que dans le choléra. Ils nous font penser au tetanos intoxicationis causé par l'emploi d'arak empoisonné ou bien de l'extrait de stramonium, qui était considéré par la faculté médicale de Madras comme la cause de la maladie. Il est à remarquer que ni Curtis ni Girdlestone, qui connaissaient pourtant très bien le *cholera biliosa* d'Hippocrate, ne nommaient *choléra* la maladie observée par eux à *Madras*. Par contre on donnait bien le nom de *choléra* ou de *choléra morbus* à la maladie observée par le docteur Mac Rae dans le camp du lieutenant-colonel Cockwell (ou Cockerell) depuis la fin du mois de mars jusqu'à la moitié du mois de juin 1790, et à celle qui régnait annuellement de 1794 jusqu'à 1817 à *Chittagong* dans le golfe du Bengale parmi la population indigène (§ 60).

En 1790 la marche d'un détachement de troupes sous les ordres du lieutenant-colonel Cockwell (nommé Cockerell par Jameson) offre plusieurs points de ressemblance avec celle d'un autre détachement anglais sous les ordres du lieutenant-colonel Pearse, et qui

suivit la même route, du Bengale à travers les Circars Septentrionaux jusqu'à *Madras* et *Seringapatam*. Dans son rapport sur le choléra morbus au Bengale, de 1817—1819, Jameson cite ces deux événements comme des exemples remarquables de l'apparition du *choléra morbus* dans *certains lieux* avec une telle violence qu'on devait craindre qu'il ne se répandît par *tout* le pays; mais à peine les circonstances spéciales qui l'avaient occasionné, eurent-elles cessé d'exister, *que la maladie diminua rapidement, sans se répandre dans les places environnantes* (§ 60).

Nous avons démontré dans le § 67 de l'édition hollandaise que l'épidémie parmi les troupes du lieutenant-colonel Pearse en 1781 ne dura que quelques jours, — que la grande mortalité parmi elles était peut-être causée par un empoisonnement fortuit, mais qu'en même temps d'autres causes étaient en jeu; il est plus probable, qu'il s'est présenté des cas de choléra morbus, qui, au milieu de la grande confusion et du découragement, sont passés inaperçus, ou ont été pris pour des attaques légères de l'effroyable maladie inconnue qui fit mourir subitement tant de soldats. Il résulte de ces explications, que les troupes du lieutenant-colonel Pearse *ne furent point atteintes du cholera asiatica.* La communication, relatée dans la lettre du 27 avril 1781 au Conseil des Directeurs, perd donc beaucoup de son importance. Il y est dit: „que la maladie dont nous parlions, ne s'est pas limitée aux environs de *Ganjam*, mais qu'elle a pénétré jusqu'à *Calcutta*, où elle causa pendant 15 jours parmi les indigènes une grande mortalité et qu'ensuite elle a suivi sa marche plus loin vers le nord." Il reste encore toujours à prouver que les soldats de Pearse ont bien

souffert de la même maladie qui, d'après son rapport, régnait dans les régions, que ses troupes traversèrent.

Les efforts faits en 1819 pour rechercher la marche ultérieure de la maladie ont été infructueux (Jameson). Dans „The Topography of Dacca" composée par le médecin James Taylor et publiée en 1840 à *Calcutta* par ordre du Gouvernement Indo-anglais, on lit page 334: Of the prevalence of epidemics in this part of the country, I have met with only two notices in the records of the district. In the year 1781 „a malignant distemper", *the nature of which, however, is not described*, is mentioned as having carried off a number of the inhabitants of Calcutta, and in the month of September Mr. Lindsay the Magistrate of Sylhet writes: „it is now raging with the greatest fury at Sylhet. Many of the Zemindars and Naibs having fallen victims to it, and the others have in a body deserted the town." In the year 1791 the Collector in one of his reports alludes to the sickness and mortality in a pergunnah of Backergunge and states: „in one house, that of a grain dealer, 17 lives have been lost in eleven days, and from the accounts I have received I consider that from four to five hundred lives have been sacrified to this plague, which has not yet been subdued."

Cette communication de Taylor est citée comme une preuve que la maladie s'était propagée de *Ganjam* à *Calcutta* et de là à Dacca, mais dans la citation on omet les mots en lettres cursives „the nature of which, however, is not described." Comme le caractère de cette maladie n'est pas déterminé, et qu'annuellement au mois de septembre et d'octobre les fièvres intermittentes et rémittentes étaient très fréquentes à Dacca, on pourrait

sans doute avec autant de droit prendre cette maladie pour une fièvre malarienne que pour le choléra, et une connexion entre l'épidémie de *Calcutta* et de *Dacca*, et celle qui régnait la même année parmi les troupes de Pearse, devient très invraisemblable.

On ne peut nier que les communications mentionnées ci-dessus ne prouvent que pendant la seconde moitié du 18ième siècle, il se présenta sur la Côte de Coromandel des formes de maladie dont la description fait songer tant soit peu au *cholera asiatica.* Le docteur Macnamara va cependant trop loin dans sa conclusion: „que nous devons voir dans ces rapports une preuve irrécusable *du premier flot de cholera asiatica*, qui traversa les Indes depuis l'occupation de ce pays par les Anglais."

Nous ne pouvons non plus nous souscrire à ses idées lorsqu'il avance, que les contemporains n'avaient pas reconnu le choléra: ce serait pour cette raison que nous n'avons pas d'indications plus nettes sur le caractère de la maladie, et les circonstances qui accompagnaient sa première apparition et sa propagation. Nous pouvons facilement nous figurer qu'on prenne pour le choléra asiatique des formes de maladies différentes, dont les symptômes ont quelque ressemblance avec le choléra, mais nous ne pouvons pas penser que le contraire puisse avoir lieu d'une façon générale.

Comme les médecins anglais de ce temps avaient entre les mains les excellents manuels de Lind et de Clark, ils savaient très bien, quelle maladie ils devaient nommer *choléra morbus*, et le nom de *mordeshin* n'était employé que par des personnes qui ne connaissaient pas la méde-

cine. Les Français seuls ont parlé de mort de chien; Lind fait remarquer, seulement dans une note, qu'aux Indes on donne souvent le nom de *mordechin* au *choléra morbus.*

Quand nous étudions dans les différents auteurs les causes de la *mort de chien* ou du *choléra morbus*, nous voyons que ce sont les mêmes qui, de nos jours encore, occasionnent aux Indes le *choléra nostras.*

Sonnerat cite parmi ces causes:

α.) la mauvaise eau potable, parce qu'il avait rencontré dans la plupart des petites rivières qui viennent de la montagne des parcelles de métal;

β.) le manque de bonne nourriture (la plupart des parias vivaient de viande pourrie, qu'ils laissaient sécher au soleil);

γ.) les nuits passées à la belle étoile;

δ.) l'emploi du riz froid avec du *tair* ou du lait caillé;

ε.) les vents du nord très froids, qui règnent en janvier et en février (aussitôt qu'ils cessaient, l'épidémie de *flux aigu* disparaissait);

ζ.) le manque de vêtements et de logis.

Sonnerat dit: „Le manque de toutes les choses nécessaires à la vie de l'homme attire à ces malheureux des maladies, qui les font périr en grand nombre."

La *mort de chien* est, d'après lui, causée dans les hautes castes (les classes élevées) par la grande quantité de beurre qu'ils emploient, par le refroidissement du corps, et surtout du ventre (§ 48).

Pendant les marches forcées les troupes anglaises, exposées aux intempéries de l'air et à toutes sortes de privations, avaient aussi beaucoup à souffrir du choléra morbus et d'autres maladies analogues, mais à peine se trouvaient-

elles dans de meilleures conditions, que l'état sanitaire s'améliorait considérablement. C'est le docteur Mac Rae, qui expose clairement ce fait; il démontre que pendant la marche fatigante du détachement sous les ordres du lieutenant-colonel Coxwell en 1790, les Sepoys étaient particulièrement atteints du choléra morbus; ils n'avaient pas de tentes, ils marchaient le jour sous un soleil brûlant et n'avaient pendant la nuit aucun abri contre la rosée et les vents froids. Il est très probable qu'en 1781 les soldats de la colonne du lieutenant-colonel Pearse étaient exposés aux mêmes privations et aux mêmes intempéries, et qu'ils furent en outre empoisonnés par de mauvaise eau potable ou de toute autre manière.

D'après les docteurs Macpherson et Macnamara, le *cholera asiatica* aurait régné sur la Côte de Coromandel pendant la seconde moitié du 18ième siècle; cette opinion a été généralement acceptée. Elle concorde cependant assez mal avec la description du climat de cette côte, telle qu'elle a été faite par Lind et Clark.

Lind dit en 1768: „On considère *Madras* comme la plus saine des présidences, et en réalité on doit convenir, que l'air *sur toute la Côte de Coromandel*, est généralement pur et tempéré comparativement à celui de beaucoup d'autres parties des Indes, non seulement à *Madras*, mais aussi à St. Davids, Cudalore et à Négapatnam, le siége de la présidence Hollandaise sur cette côte. La colonie Danoise à *Tranquebar* est dans un état sanitaire excellent, ce qui se voit assez aux visages florissants des Danois, qui y demeurent; *Pondichéry*, la capitale des Français aux Indes, n'est pas du tout insalubre" (§ 40).

La description du climat de la *Côte de Coromandel* par Clark (1773—1792 dans la première et la seconde édition de son livre) n'est pas moins favorable que celle de Lind. Il prétend que cette côte est certainement la plus salubre de toutes les possessions anglaises aux Indes, et que l'intérieur du pays, d'après les récits d'un voyageur anglais, est partout fertile et sain (§ 44).

„De cet aperçu," continue Clark dans une citation, que nous avons reproduite textuellement dans le § 44 de l'édition hollandaise de notre travail, „il ressort que cette côte est excessivement saine; et réellement ceux qui l'habitent jouissent d'une bonne santé. Les seules maladies, auxquelles ils sont particulièrement exposés, sont une abondante sécrétion de bile, jointe à des vomissements, à un mal d'estomac et *quelquefois* à des diarrhées. Les habitants de *Madras* connaissent si bien cette indisposition, qu'ils s'en guérissent ordinairement eux-mêmes, et il n'est pas rare de voir pendant les fortes chaleurs un malade, qui un moment vomit une grande quantité de bile et qui, une heure après, fait sa promenade. La maladie chez eux est généralement si anodine, qu'elle exige rarement un traitement médical quelconque. Cependant ces mêmes maladies sont accompagneés des plus violents symptômes chez ceux, qui ne sont pas encore acclimatés. L'année 1771, vers la fin du mois de juillet et au commencement du mois d'août, ces indispositions bilieuses régnaient surtout parmi les marins, qui y abordèrent après un long voyage; elles se manifestaient par les symptômes suivants: la maladie commençait par un mal d'estomac, des vomissements de bile et une diarrhée bilieuse; quelquefois les déjections étaient fréquentes et abondantes sans douleurs de ventre; d'autres malades au

contraire étaient tourmentés par d'horribles douleurs d'intestins et par un ténesme violent; d'autres encore éprouvaient tous les symptômes de dry-belly-ach (colique de plomb ou neuralgia mesenteria), souffraient de vomissements, d'un sentiment de contraction à la hauteur du nombril, et d'une constipation opiniâtre; *dans quelques cas la maladie était accompagnée de choléra.*

„Dès le second jour de l'apparition de ces affections", dit Clark, „dix hommes de notre équipage (du Talbot) tombèrent malades; en quinze jours un tiers de nos hommes en furent atteints. Ces maladies sévirent aussi bien sur les autres navires, qui étaient en rade à *Madras*, que parmi les nouveaux venus, qui étaient descendus à terre." (Clark ne dit pas que ces maladies causèrent une forte mortalité.)

„Parmi les Européens qui sont soumis à de grandes fatigues et spécialement parmi les soldats, l'inflammation du foie, le gonflement (l'obstruction) et la congestion du foie sont des maladies très fréquentes: *un grand nombre de soldats succombent annuellement à la fièvre et à la dyssenterie.*

Quoique *la Côte de Coromandel* soit réputée la plus saine de toutes nos colonies aux Indes, les maladies qui s'y manifestent ne diffèrent de celles, qu'on rencontre dans les endroits plus malsains, qu'en ce qu'elles sont plus bénignes et qu'elles y existent bien *rarement* à l'état épidémique."

Clark raconte en outre que les femmes ont une immunité remarquable pour les maladies endémiques et épidémiques du climat des tropiques; mais elles pâlissent bientôt et souffrent de troubles des organes sexuels.

Dans le § 46 de l'édition hollandaise de notre ouvrage

nous avons cité, d'après les récits de Clark, quelques cas de dry-belly-ach ou colique bilieuse constatés à *Madras*, et nous avons montré que *les personnes atteintes de choléra, de dry-belly-ach et de diarrhées guérissaient facilement par un traitement médical convenable.* Nous voyons dans les symptômes de dry-belly-ach une grande ressemblance avec ceux de cette maladie particulière, que d'autres écrivains de ce temps nomment *mort de chien.* Dans la seconde édition de son ouvrage, qui parut en 1793, Clark dit: „La causa remota ordinaire de la colique, qui apparut à *Madras*, doit être trouvée dans un refroidissement subit du corps; comme les cas les plus graves furent constatés chez les personnes qui avaient travaillé à déplacer des barres de plomb, j'avais d'abord supposé que les symptômes avaient été aggravés par l'absorption de parcelles de plomb; mais par une recherche minutieuse j'ai constaté que ceux-là seuls, qui s'étaient imprudemment rafraîchi le corps échauffé, étaient atteints de douleurs spasmodiques des muscles, quelquefois accompagnées ou suivies d'un dérangement des intestins."

Lind ne donne pas de description particulière des maladies de la *Côte de Coromandel*, mais pour lui le *choléra morbus* n'est rien autre chose qu'une forme de *choléra nostras*, lequel pendant son long séjour aux Indes se terminait la plupart du temps par la guérison, si un bon traitement médical était institué; *il ajoute que le choléra morbus est rarement mortel* (§ 39).

Nous ne devons pas oublier, que pour Lind l'expression *mordeshin* était synonyme de *choléra morbus*, tandis que la forme de colique, décrite par Clark, a

plus de ressemblance avec la maladie à laquelle Sonnerat et Le Gentil donnaient le nom de *mort de chien.* Cette confusion ne change en rien la question : il résulte en effet clairement de nos citations, *que toutes ces formes de catarrhe intestinal et de colique, quelque menaçants que fussent les symptômes, se terminaient rarement par la mort, à condition toutefois qu'un bon traitement médical fût institué.*

Nous devons encore noter que Mac Rae relate en 1819 dans son mémorable rapport au Conseil Médical à Calcutta, que dans les années 1791 et 1792, l'air fut infecté par les miasmes, qui s'exhalaient des cadavres putrifiés de plusieurs milliers de pièces de bétail, et nonobstant ces mauvaises conditions hygiéniques, *le choléra morbus ne régna pas dans l'armée de Lord Cornwalles pendant qu'elle était campée devant Bangalor et Seringapatam.*

D'après Jameson, la maladie qui éclata, en 1790, parmi les hommes du détachement du lieutenant-colonel Cockerell, se distingua par les mêmes symptômes que l'épidémie de choléra de 1817—1819; elle occasionna, grâce à l'application d'un traitement médical efficace, moins de désastres que celle qui décima en 1781 le détachement du lieutenant-colonel Pearse. Le docteur Mac Rae relate le même fait; il déclare dans son rapport, *que tous les malades traités par lui dès le début guérirent*, quoique la maladie régnât dans les Circars Septentrionaux (§ 60).

Mac Rae rapporte en outre *que le choléra morbus de* 1790 *ne montra aucune tendance à s'étendre à cer-*

taines régions particulières; qu'il régna partout de la même manière; il ne pouvait s'expliquer pourquoi en 1817 et 1818 cette maladie à *Chittagong* avait pris de plus grandes proportions et produit une mortalité plus grande, que pendant les années précédentes. Dans le même § de notre ouvrage hollandais nous avons expliqué, pourquoi le rapport de Mac Rae ne prouve pas, que le *cholera asiatica* ait régné avant 1817 sur la *Côte de Coromandel* et à *Chittagong.* Bien plus, ce rapport nous a confirmé dans notre opinion, qui est tout opposée, c'est à dire, que l'épidémie de choléra de 1817 a eu des caractères tout différents de ceux du choléra morbus, observé aux Indes avant ce temps. Nous ne relèverons pas toutes les preuves à l'appui de cette opinion; nous renvoyons le lecteur au § 60 de l'édition hollandaise, tout en faisant observer que nous attachons une grande valeur au jugement de Mac Rae. En effet ce praticien distingué observa le choléra morbus régulièrement chaque année pendant les fortes chaleurs. Sa riche expérience comprend une période de 28 ans, dont 26 avant et 2 après l'apparition de l'épidémie du cholera asiatica à *Jessore* et en d'autres endroits du Bengale.

Choléra au Bengale pendant la seconde moitié du 18ième siècle.

Nous avons rencontré peu de rapports sur le choléra pendant la seconde moitié du 18ième siècle pour ce qui concerne la présidence du *Bengale;* on considère généralement cette contrée comme le berceau du cholera asiatica: nous les citons par ordre chronologique.

Lind rapporte que, pendant l'année 1762, 30.000 indigènes et 800 Européens moururent dans la province du Bengale, à la suite d'une grande épidémie. Cette grande mortalité fut attribuée, entre autres par l'écrivain français Kéraudren, au cholera asiatica; probablement parce que le vomissement de matières blanches, glaireuses et transparentes et une diarrhée continuelle étaient cités parmi les symptômes constants de la maladie. Nous avons prouvé, qu'il s'agissait de la *fièvre Pucca*, dont nous avons reproduit la description d'après Lind, Clark et Johnson, et nous avons fait ressortir que ces fièvres bilieuses pouvaient en imposer facilement pour le cholera asiatica (§ 37).

Stavorinus rapporte que vers 1769 il régnait au Bengale une maladie endémique dangereuse, dont l'issue était quelquefois fatale; qu'elle était traitée par les médecins indigènes avec plus de chance de succès que par les médecins Européens. Il nommait cette maladie *Jounibaad*. Quelques auteurs en font le cholera asiatica, mais à tort, comme il résulte clairement de la description donnée par Stavorinus lui-même (§ 51).

D'après Macpherson, le Conseil Médical de Calcutta aurait eu des raisons de croire, que vers l'année 1799 la maladie (le choléra) régnait à l'état épidémique à *Bundlecund;* sir Elyah Impey aurait écrit la même année, qu'il souffrait une ou deux fois par an de violentes attaques du *choléra morbus*, qu'on nommait *mort de chien.* Nous reproduirons les paroles mêmes de Macpherson: The Medical Board of Calcutta had reason to believe that the disease was epidemic in *Bundlecund* about the year 1779.

In that year Sir Elyah Impey writes thus of the malady, as it prevailed in a mild form at *Calcutta:* I am subject once or twice a year to violent attacks of the *cholera morbus*, here called the *mort de chien.*"

Nous n'avons pas sous la main les Bengal Rapports; la courte citation concernant l'épidémie à *Bundlecund* nous paraît trop vague pour y attacher une grande valeur. La communication de Sir Elyah Impey éclaire plus d'un point; il avait heureusement échappé à plusieurs attaques de choléra; ceci confirme l'opinion de Lind et Clark d'après laquelle le choléra morbus, moyennant un bon traitement médical, était rarement mortel. Jameson, parlant de cette épidémie, dit en 1819: „Il est vrai que le bruit courut, que la maladie s'était propagée 40 ans auparavant dans la province de *Bundlecund*, et qu'elle avait fait de grands ravages au *Bengale.* Mais en admettant que le fait soit vrai, comment se fait-il alors, qu'on n'ait rien annoté de ces résultats destructifs, et que même les plus vieux habitants, quand on leur demandait des renseignements, n'en pouvaient donner aucun détail certain? La vérité est que la maladie dans son caractère épidémique est toute nouvelle." Dans ce temps Jameson était secrétaire du Conseil Médical de *Calcutta*, de sorte qu'il a certainement consulté, avant de faire son rapport général, les archives du Medical Board de cette ville.

L'épidémie à *Ganjam*, au commencement de l'année 1781, a été relatée par Jameson (§ 67).

La ville de *Ganjam* est située sur la frontière entre la présidence du Bengale et les Circars Septentrionaux; le caractère de la maladie qui y régnait, était totalement

inconnu, quoiqu'on ait avancé, sans aucune preuve sérieuse, qu'elle était la même que celle, qui décima les troupes du lieutenant-colonel Pearse, pendant leur marche à travers les Circars Septentrionaux: renvoyons à ce que nous avons dit antérieurement (p. 110) pour prouver que le *cholera asiatica* ne régna pas dans ces régions vers 1781.

Une grande épidémie éclata parmi les pèlerins rassemblés, vers 1783, à *Hürdwar* au nombre d'un à deux millions. Elle se manifesta peu de temps après le commencement des solennités, et elle aurait emporté en 8 jours de temps environ 20.000 personnes. On pouvait croire, qu'après les fêtes, le choléra se propagerait, — comme cela arriva plus tard, — dans tout le pays par intermédiaire des pèlerins qui retournèrent chez eux. Il n'en fut rien. La maladie, causée principalement par le manque d'abris suffisants, resta tellement localisée, qu'elle n'atteignit même pas le village de *Juwalapore*, situé à une distance de 7 kilomètres; elle cessa brusquement le dernier jour de la fête, lorsque la foule se fut dispersée. (Jameson § 67).

James Taylor, que nous avons déjà cité (page 111), fait aussi mention, dans sa Topography of Dacca en 1840, d'une épidémie, qui aurait régné en 1797 dans une pergunnah de *Backergunge.* Quelques auteurs la considèrent comme le choléra, mais sans raison aucune, car le caractère de la maladie, qui en 1781 et en 1797 fit mourir tant de personnes à *Dacca*, n'est pas connu et ses symptômes n'ont pas été décrits.

D'après Mac Rae le choléra morbus régna de 1794

à 1818 régulièrement *chaque année*, pendant les grandes chaleurs, parmi la population indigène du district de *Chittagong*. Selon lui, le *choléra morbus*, tel qu'il l'avait observé de 1790 jusqu'à 1817, était simplement la suite de grandes et fréquentes variations de température, et l'air n'était chargé d'aucun miasme pernicieux; pendant cette période le choléra ne montra aucune tendance à s'étendre à certaines régions particulières; il régna partout de la même manière et de plus la mortalité était minime (§ 60 et page 119).

Après un examen attentif et général des nombreux rapports sur le soi-disant choléra, on reconnaîtra avec nous, qu'il n'y a pas de faits suffisants pour conclure que le *cholera asiatica* ait régné pendant la seconde moitié du 18ième siècle au *Bengale*. Il n'y a là tout au plus que de simples conjectures. Toutes les fois que le nom ou les symptômes de la maladie particulière ne sont pas indiqués avec précision, on ne saurait être trop circonspect dans les conclusions à en tirer; avant d'attribuer la grande mortalité au choléra, il faut avoir acquis la preuve que tous les caractères de la maladie y sont: sâchons bien qu'au *Bengale* la famine régnait bien souvent avec toutes ses fâcheuses conséquences. Stavorinus nous en trace (en 1768) un tableau émouvant (§ 52); Clark dit que la fièvre et la dyssenterie étaient également très fréquentes et très graves au *Bengale;* d'après lui, 80.000 indigènes et 1500 Européens seraient morts au *Bengale* en 1770 de ces deux maladies après une grande disette de riz (§ 45).

Le docteur Balfour, qui passa vingt années de suite aux Indes de 1769 à 1789, et qui résida probablement

la plus grande partie du temps dans la présidence du *Bengale*, a cherché à attribuer à la lune une influence sur les différentes maladies du pays. Il ne fait aucune mention du *choléra* ni de la *mort de chien*, mais il dit, que la grande mortalité parmi les Européens était causée par des fièvres rémittentes et par la dyssenterie (§ 54).

Nous lisons dans la seconde édition de l'ouvrage de Clark, page 496 et 497 (§ 47), qu'il ne peut exactement indiquer le chiffre de la mortalité à bord des navires stationnés au *Bengale*, pendant la saison malsaine de 1783. Mais en 1784, d'après le rapport du médecin anglais Magennis, 170 hommes étaient morts à bord de la *Valentine* et de 6 autres navires stationnés à *Cogeree;* les maladies régnantes étaient les fièvres rémittentes et intermittentes, généralement accompagnées de maux de ventre et de dyssenterie. Quelques individus moururent de fièvres rémittentes, mais le plus grand nombre succombèrent à la dyssenterie. Celle-ci attaqua en général les convalescents qui avaient été atteints de ces fièvres. Ainsi il n'est pas dit un mot de la mortalité causée par le choléra, et pourtant cette communication se rapporte aux années 1783 et 1784, pendant lesquelles, d'après Macnamara, la première épidémie de choléra se répandit comme un voile lugubre, sur les Indes Anglaises.

Nous ne trouvons pas non plus dans les ouvrages de Lind un seul passage, dont on puisse inférer que le *cholera asiatica* régnait dans ce temps au *Bengale.* Il fait mention du choléra morbus en général, mais d'une façon si vague que cette maladie ne semble pas avoir

revêtu un caractére épidémique, ni causé une grande mortalité.

Clark a remarqué, que pendant les mois secs et chauds (avril, mai et juin) les Européens du Bengale sont sujets au *choléra* et à la diarrhée (§ 45), mais il ne parle nulle part de l'apparition épidémique de la maladie. Nous avons déjà exposé à diverses reprises que *le choléra de* Clark *ne doit pas être confondu avec le cholera asiatica.* Nous savons que dans un aperçu général des maladies propres aux Indes Orientales, Clark range la fièvre, le *choléra*, le dry-belly-ach ou colique bilieuse, la dyssenterie et l'hépatite parmi celles, qui font les plus grands ravages dans la zone torride. Il y a une contradiction apparente entre cette conclusion et sa déclaration réitérée, que le *choléra*, le dry-belly-ach et la diarrhée, — qu'il comprend sous la dénomination générale d'indispositions (affections) bilieuses, — guérissent rapidement par un traitement médical bien dirigé. En effet elle s'explique par ce fait, que cette condition favorable à la guérison manquait souvent et puis, parce qu'on confondait ces maladies avec des formes plus ou moins pernicieuses de fièvre malarienne. Clark lui-même le prouve involontairement par le second cas de bilious colic, qu'il rapporte; il dit, que la température de la peau était élevée (§ 46), et que les indispositions bilieuses au *Bengale* et à *Madras* exigeaient l'emploi de cortex Peruvianus, quand elles duraient plus de 6 jours. Ailleurs (§ 42) il raconte que ces maladies sont plus fréquentes avant que la fièvre et la dyssenterie commencent à régner d'une manière épidémique.

Johnson fait aussi des remarques très importantes

sur les écrits de Clark: Celui-ci notamment a omis de signaler dans sa description de la *fièvre Pucca* au *Bengale*, que dans cette fièvre les déjections sont parfois blanches et incolores comme de l'eau de chaux; — Lind a parfaitement mentionné ce fait (§ 62), — il est donc permis de supposer que ces cas particuliers de fièvre malarienne ont été souvent considérés comme des cas de *choléra morbus*, de dry-belly-ach ou de diarrhée, c'est-à-dire rangés dans la rubrique des indispositions bilieuses de Clark et de Lind. Le chiffre de la mortalité a donc été exagéré pour ce groupe. Dans ce temps on ne pensait guère à administrer le quinquina à ce genre de malades. Malgré tout cela la mortalité causée par le choléra parmi les Européens est si insignifiante, qu'elle attire peu ou point l'attention des contemporains. La grande épidémie, qui sévit en 1783 parmi les pèlerins à *Hurdwar*, fait seule exception. Nous ne sommes pas à même de rendre compte des symptômes, qui la caractérisaient, de sorte que nous ne saurions dire en quoi ils ressemblaient aux symptômes du *cholera asiatica* ou en différaient. Quelques points de différence ont cependant été dûment constatés, entre autres ceci: c'est que la maladie qui affligeait les pèlerins à *Hurdwar* se manifesta subitement, ne dura que quelques jours et disparut aussi subitement sans laisser de trace, aussitôt que les pèlerins se furent dispersés après les fêtes, ou en d'autres termes: il est donc évident qu'il s'agissait d'une cause *locale* provenant de la nature du sol, de l'eau et de l'air, ou d'un de ces trois agents en particulier. Nous revenons donc toujours à la même conclusion: *les cas de choléra avant* 1817 *avaient un tout autre caractère que le choléra épidémique, qui commença en* 1817 *ses ravages*,

et qui plus tard sous le nom de *cholera asiatica* fixa d'une manière douloureuse l'attention du monde entier.

Choléra au 18ième siècle a bord des navires.

Les rapports sur l'apparition du choléra à bord des navires au 18ième siècle sont excessivement rares. Ce que nous avons rencontré sera étalé en quelques mots.

James Johnson, qui servit 10 ans comme médecin sur la flotte anglaise, aurait eu souvent à traiter en 1756 à bord d'un navire-hôpital 20 malades par jour, atteints du choléra morbus (§ 36). Depuis qu'il avait administré à ses malades la racine de columbo, la mortalité était devenue beaucoup moins grande que sur les autres navires de la même flotte.

Nous croyons trouver dans l'efficacité du radix columbo, dans cette forme de choléra, une raison suffisante de croire *que la maladie, nommée choléra morbus par* Johnson *et* Rainey, *n'était pas identique au cholera asiatica.* En commentant la valeur de ce rapport, on ne doit pas perdre de vue, qu'il devait simplement servir à démontrer les qualités salutaires du radix columbo, qui, originaire de l'Asie continentale, était cultivé dans les environs de Colombo dans l'île de Ceylan. Cette circonstance ne paraît pas avoir été sans influence sur les observations du docteur Johnson: du reste elles ne furent publiées que vers 1770. Il résulte d'un rapport de Bogue, inséré dans l'ouvrage de Lind, que la fièvre putride intermittente était la plus pernicieuse de toutes les maladies, qui existaient en 1757 à *Calcutta*, et qu'à un moment donné la moitié de l'équi-

page de l'escadre sous les ordres des amiraux Watson et Pocock, fut atteinte de cette affection; en 1757, dans l'espace de six mois, on compta 200 morts sur trois vaisseaux de ligne, et sur un vaisseau armé de 20 canons, avec un équipage incomplet, presque tous avaient succombé à cette fièvre; on ne dit rien d'une mortalité, qui serait causée sur la flotte par le choléra.

Clark prétendait que la mortalité parmi les marins anglais devait être attribuée en grande partie au scorbut (§ 46). Il donne un récit détaillé de l'état sanitaire à bord du Talbot, le vaisseau par lequel il se rendit d'Angleterre au Bengale, en 1768 (§ 41). Il nous apprend que, de même que sur les vaisseaux hollandais, c'était le scorbut, les fièvres putrides et la dyssenterie, qui faisaient le plus de victimes. Pendant que le vaisseau était à l'ancre, au mois d'août de la même année à *Culpee* au Bengale, il se manifesta à bord quelques cas de diarrhée, de choléra et de dry-belly-ach (indispositions bilieuses), qui guérirent facilement, mais qui prédisposaient les convalescents aux fièvres rémittentes et à la dyssenterie.

Aux mois de septembre et d'octobre, certaines fièvres et la dyssenterie régnèrent d'une manière si violente, non seulement à bord du Talbot, mais aussi sur les autres navires à *Culpee* et à *Calcutta*, qu'un grand nombre de marins succombèrent et que quelques hommes seulement étaient en état de faire le service. Au mois de décembre de la même année plusieurs matelots furent atteints dans ces parages de diarrhées colliquatives; elles n'étaient pas accompagnées de douleurs ni de tranchées, ni de ténesmes, mais au bout de 24 heures les malades étaient excessivement affaiblis et avaient une figure blême et cachectique.

Les principaux médicaments employés avec succès, étaient de légers vomitifs, ainsi que la magnésie et la rhubarbe combinées à l'opium; beaucoup de cas cependant exigeaient l'emploi du quinquina. Cette diarrhée était, d'après nous, causée par l'infection de la malaria et par les refroidissements. Tous les cas paraissent s'être terminés par la guérison, et 3 semaines plus tard on disait, que l'état sanitaire à bord était excellent.

En 1771 plusieurs cas de *choléra* se seraient manifestés sur les navires en rade à *Madras*. Nous avons déjà démontré (page 115) que ces maladies ne peuvent être regardées comme des cas de *cholera asiatica* (§ 44).

Le Dr. Macpherson donne toute une série de communications sur le *mordeshin* ou *mort de chien*, et le *choléra* ou *choléra morbus* (l. c. pag. 189); Haeser en dit, non sans exagération: „Macpherson zählt, für die Jahre 1503—1817, 64 Ausbrüche der Cholera in Indien auf". (Haeser Band III pag. 798). Nous y trouvons entr'autres une communication de Fontana concernant la *Côte du Malabar.*

Fontana publia en 1776 un rapport sur les maladies des marins aux Indes; il dit ne pas avoir eu pendant son voyage l'occasion de voir un cas de cette affreuse et fatale maladie, nommée *choléra morbus* ou *mordeshi*, *parce qu'elle se manifestait, d'après lui, plus à terre que sur les navires* (Osservazioni etc. Livorno 1781). Macpherson en conclut, que Fontana n'ignorait pas l'existence fréquente de cette maladie. C'est à nos lecteurs de juger, jusqu'à quel point la communication de Fontana permet de conclure, que le choléra régna en 1776 sur

la *Côte du Malabar;* nous avons reproduit cette citation, parce qu'il en résulte que, dans ce temps le *choléra* ne fit pas de grands ravages sur les navires.

D'après Macnamara le choléra aurait sévi à l'état épidémique à *Tranquebar*, en mai 1782, et aurait aussi fait des ravages sur la flotte anglaise, qui y avait jeté l'ancre (§ 61). Nous ne connaissons pas les motifs sur lesquels Macnamara base son opinion: nous devons supposer, que cette épidémie avait le même caractère que celle de Madras, en 1771, dont Clark fait mention (§ 44).

Un malentendu, que nous avons expliqué dans le § 47 de l'édition hollandaise par des citations détaillées, donna lieu à une erreur d'interprétation: Clark aurait rapporté, que parmi les troupes anglaises qui débarquaient en 1782 à *Bombay*, après un voyage très pénible, il y eût une grande mortalité, causée par le *choléra* et des *insolations.* Je dois à la vérité de dire, que la plupart étaient morts de fièvres rémittentes, de fièvres putrides et du scorbut, et que quelques-uns seulement auraient succombé au choléra et à l'insolation.

Nous avons déjà vu, que sur les navires de la Compagnie Néerlandaise des Indes Orientales, les chirurgiens en chef tenaient des régistres, sur lesquels on inscrivait le nom des malades, leur maladie, le traitement médical auquel ils étaient soumis et d'autres détails encore. Ces journaux médicaux furent introduits en 1770 sur la flotte anglaise. Dans la seconde classe de maladies étaient rangés parmi les „nervous diseases" l'apoplexie,

le tétanos, la colique et le *choléra.* Lorsque Clark, après son retour en Angleterre, prépara la seconde édition de son manuel, publiée en 1792, il fut autorisé par le Conseil des Directeurs à examiner les journaux médicaux de la Compagnie des Indes Orientales à l'India House, et d'en faire des extraits. Il examina les journaux de 1770 à 1792; il pouvait donc mieux que tout autre se rendre compte de la morbidité et de la mortalité à bord des vaisseaux anglais. Cependant nous cherchons en vain dans la seconde édition corrigée de son manuel des communications, dénotant le caractère épidémique du choléra, ou la grande mortalité causée par le *choléra* ou par le *choléra morbus.*

En revanche il dit, page 394 de cette seconde édition: „Le choléra se manifeste beaucoup plus sur les *Côtes du Malabar* et de *Coromandel*, que dans toute autre partie des Indes. L'excessive chaleur de ces régions exagère la sécrétion de la bile, et les vents qui soufflent du continent y causent des refroidissements, qui suppriment la transpiration et repoussent les humeurs vers les intestins; ce furent là les deux causes principales du mal. *Cette maladie, quoique toujours violente, se termine rarement d'une manière fatale, quand on applique à temps un bon traitement médical.*"

Clark et Lind étaient donc parfaitement d'accord en ce qui concerne le danger du choléra morbus; cette opinion est partagée par Zacutus Lusitanus pour le *cholera Europaea* ou *biliosa.* Les conclusions de Lind et de Clark suffiraient à la rigueur pour conclure, que *le choléra asiatique ne se manifesta pas aux Indes anglaises pendant la seconde moitié du* 18ième *siècle.*

Choléra aux Indes au commencement du 19ième siècle.

Nous voilà arrivés au 19ième siècle. Les seize années, qui précèdent l'apparition de la grande épidémie du choléra en 1817, ont fourni si peu de communications, que quelques historiens ont fait remarquer, que la maladie était rentrée dans une période de repos.

Le Dr. A. Fauvel dans son „Exposé des travaux de la Conférence sanitaire internationale de Constantinople en 1866," dit, page 13: „L'existence du choléra dans l'Inde de temps immémorial est un fait si bien établi par les nombreuses recherches à ce sujet, que la conférence n'a pu que le confirmer. De même de nombreux documents avaient établi que, jusqu'à notre époque, cette maladie était restée confinée en quelque sorte sur les lieux où elle prenait naissance.

Les épidémies signalées dans l'Inde au siècle dernier en font foi. Elles sévissaient tantôt sur un point, tantôt sur un autre de la superficie de l'Inde sans envahir les contrées voisines. *Ces épidémies avaient même cessé de se reproduire depuis plus de vingt ans*, *lorsque se déclara la grande manifestation de* 1817."

Nous ne pouvons adopter cette manière de voir. Nous sommes plutôt portés à croire, que le *choléra* s'est manifesté aux Indes pendant cette période de la même manière et dans les mêmes circonstances qu'à la fin du 18ième siècle. C'est grâce au progrès de la science que les différentes formes de maladie, auxquelles on donnait jadis les noms de *choléra morbus*, *mort de chien*, *dry-belly-ach* etc. attiraient moins l'attention, qu'un demi-siècle auparavant. Les médecins comprirent, que le choléra morbus ou cholera biliosa était rarement mortel après un bon traitement

médical; les troupes étaient mieux soignées, et les employés et les particuliers se trouvaient aussi dans de meilleures conditions hygiéniques; le choléra morbus n'était plus considéré comme une maladie grave et dangereuse; la crainte de cette maladie avait peu à peu diminué à mesure que la maladie était mieux définie.

L'ancienne dénomination de *mort de chien*, que des savants comme Lind et Clark n'employaient plus depuis des années, revint en usage au commencement du 19ième siècle; elle s'appliqua seulement aux cas de choléra les plus graves et heureusement les plus rares; dans cette forme la sécrétion de la bile était complètement arrêtée.

Nous trouvons dans Johnson la description d'un de ces cas de *mort de chien*, et nous présumons que souvent l'infection de malaria a été en jeu, ou autrement dit, que les formes de febris intermittens perniciosa, auxquelles nous donnons actuellement le nom de febris intermittens algida, cholerica et biliosa, ont été nommées par Johnson, Curtis et Annesley *mort de chien*.

Nous reviendrons encore brièvement sur les rapports de choléra, que nous avons pu rassembler pour la période de 1800—1817, au risque de tomber dans des redites inévitables pour prouver notre thèse.

Le Dr. Mac Rae raconte en 1818, que de 1794 jusqu'à 1817, dans le district de *Chittagong* au Bengale, le choléra morbus se manifesta annuellement pendant la saison chaude, et même quelquefois au mois d'octobre, alors que le ciel était couvert de nuages blancs et clairs

et que le vent d'est soufflait. Les indigènes surtout de la basse classe étaient le plus sujets à cette maladie, parce qu'ils étaient le plus exposés au grand air, le jour, aux ardeurs du soleil et la nuit, aux refroidissements. Pour le même motif les hommes étaient plus prédisposés que les femmes, et les adultes plus que les personnes âgées et les enfants.

Avant 1817 la maladie n'avait aucune direction précise.

D'après lui elle était toujours causée par les grands changements de température. Pour en expliquer l'origine, il suffisait de mentionner les circonstances défavorables, où se trouvaient les troupes du lieutenant-colonel Cockwell en 1790, et la basse classe de la population indigène du district de *Chittagong*, de 1794 jusqu'à 1817; il n'était pas nécessaire de supposer des miasmes pernicieux dans l'atmosphère.

Mac Rae vit souvent, que la même personne pouvait être atteinte de cette maladie en différentes saisons.

Il déclarait, que le *choléra morbus* n'était pas contagieux.

Mac Rae administrait avec le meilleur résultat le laudanum avec l'éther et l'oleum menthae piperitae; il dit que les médecins indigènes, qui donnaient différents médicaments composés avec l'extrait de l'opium, obtenaient des résultats satisfaisants. Souvent les indigènes allumaient des feux autour du malade et Mac Rae appliquait des pierres chaudes sur la plante des pieds; ces deux traitements avaient été reconnus utiles pour rendre la chaleur au corps.

Mac Rae prétend expressément que, de 1790 jusqu'à 1817, tous les soldats atteints guérirent sans exception, par un traitement médical énergique, appliqué à temps, et que, chaque année, la mortalité diminuait parmi les

indigènes, du moment que l'épidémie avait duré quelque temps, — non parce que les symptômes de la maladie devenaient moins violents, mais parce que les indigènes recouraient à temps au traitement médical; que par contre en 1817 *la mortalité fut considérable*, et que la maladie — qu'il prit, à tort selon nous, pour le *choléra morbus*, qu'il avait constaté auparavant — s'étendit énormément, ce dont il ne pouvait pas comprendre la raison (§ 60).

Le docteur Jacobus Reinier Vos écrivit le 30 novembre 1821 de *Chinsurah* (Bengale), où il pratiquait comme médecin depuis 1804, que „le choléra morbus se manifestait *annuellement* dans quelques parties de *l'Indostan*. Ce ne fut cependant qu'en 1817 que, de mémoire d'hommes, cette maladie prit un *caractère contagieux;* avant ce temps le cercle de son action était très restreint, et sa propagation peu considérable." Elle y régnait principalement vers la fin de l'automne, quand l'air était surchargé d'humidité et que l'atmosphère changeait à chaque instant et subitement. Les gens de basse condition étaient particulièrement atteints, parce que leur constitution était affaiblie par un régime débilitant et par de pénibles labeurs en plein soleil; puis ils étaient mal vêtus, souvent exposés aux miasmes marécageux et à l'air froid. Les indigènes aisés, bien nourris et bien vêtus, qui s'exposaient rarement au soleil, et habitaient des maisons hautes, sèches et aérées, étaient moins sujets à la maladie; celle-ci atteignait *rarement* les Européens, avant qu'elle se fût manifestée dans ces contrées à l'état épidémique. Depuis l'année 1804, lorsque Vos commença à pratiquer au Bengale, jusqu'à 1817, il n'avait

assurément pas traité dix cas de choléra chez les Européens.

Le nom de Vos ne paraît pas sur la liste des cent médecins, qui firent parvenir leur avis sur le choléra au Conseil Médical à Calcutta, en réponse à la circulaire du 9 octobre 1818. Son opinion sur le choléra au Bengale avant 1817, nous la trouvons exposée dans le rapport général sur le choléra du docteur Jameson; de sorte qu'il ne s'agit pas seulement de l'opinion du docteur Vos, mais aussi de celle d'un grand nombre de ses confrères, qui comme lui pratiquaient au Bengale (§ 67 et § 70).

James Johnson constata en 1804 plusieurs cas de choléra dans le port de *Trincomale*, sur la côte orientale de Ceylan, où „la maladie avait pris", d'après lui, „une forme plus accentuée que dans toute autre partie du globe." Il attribuait l'origine de cette maladie principalement à un changement subit de la température, pendant les moussons du sud-ouest; à ce moment la chaleur y était intense pendant le jour, et les soirées étaient froides et humides par suite du vent du continent, qui passait sur des bois touffus et marécageux. Il décrit un cas, qui se termina par la mort; il s'agissait d'un marin enivré; il nous le représente comme le type de la maladie, qui a reçu le nom de *mort de chien* ou *choléra spasmodique*. Chez ce malade on ne remarqua aucune trace de bile dans les déjections, ni dans les matières vomies. Dans le second exemple, que Johnson cite, le patient avait des accès alternatifs de froid et de chaleur; dans les vomissements et les déjections il se montra de temps à autre de la bile.

Johnson envisage *la mort de chien* comme le plus haut degré du *choléra morbus* ou *choléra ordinaire*, nommé par d'autres *cholera biliosa.* Il ajoute, que la maladie présente tous les degrés, depuis le choléra ordinaire jusqu'à la mort de chien; que le danger de mort est en raison inverse de la quantité de la bile rendue, et qu'il diminue à mesure que la bile devient normale.

En outre Johnson remarque, que le docteur Curtis a constaté à *Trincomale* quelques cas de *mort de chien*, probablement en 1782. Il paraît, que dans les formes les plus graves de *mort de chien* la *sécrétion de l'urine n'était pas toujours supprimée*, car Johnson prétend, qu'à bord du Seahorse dans les cas les plus graves, qui se terminaient par la mort, on ne pouvait pas constater les signes d'une surabondance de bile, ni dans la couleur des excréments, ni *dans les urines* (§ 65).

Parmi les personnes, qui peuvent fournir des renseignements dignes de foi concernant le caractère du choléra aux Indes avant 1817, le docteur James Annesley mérite d'être cité en premier lieu. Il arriva aux Indes vers l'année 1800, y pratiqua régulièrement la médecine; et de 1811 jusqu'à 1824 il avait régulièrement tenu note de tous les cas de maladie, qui avaient été observés dans son ressort. Il n'est pas cité parmi les médecins qui en 1819 envoyèrent un rapport sur le choléra au Conseil Médical à *Calcutta*, probablement parce que dans ce temps il occupait une place à l'Hôpital de *Madras.* Il y fonctionna plusieurs années consécutives, de sorte qu'il eut une excellente occasion d'apprendre à connaître le climat et les maladies endémiques de la *Côte de Coromandel*, et de consulter les rapports dans les archives du

Conseil Médical de *Madras* concernant la manière dont le choléra s'était manifesté autrefois.

Annesley envisage les cas légers de la diarrhée comme le résultat d'une sécrétion anomale de la bile et des autres liquides du canal intestinal; elle ne produit par conséquent qu'une légère altération de l'état de santé: en un mot, c'est la suite d'une inflammation superficielle de la muqueuse intestinale (d'un catarrhe gastro-intestinal). Les cas de diarrhée plus intense sont attribués par Annesley à un trouble plus grave de ces sécrétions; d'où une maladie plus grave du canal intestinal, et par conséquent un plus grand trouble dans toute l'économie animale. En d'autres termes Annesley considère le *cholera biliosa*, aussi bien que les différentes formes de diarrhée, comme des affections purement *locales* du canal intestinal; nous leur donnerions le nom de catarrhe intestinal; mais il confond la cause avec l'effet, quand il subordonne le changement pathologique de la muqueuse intestinale à l'altération des sécrétions. Il dit: „le *choléra sporadique ou bilieux*, ainsi que les cas graves et légers de diarrhée ne sont que les degrés différents des mêmes changements pathologiques: s'ils sont très graves, ils peuvent rapidement faire tarir les sources de la vie, *quand on les néglige ou qu'on ne les traite pas bien.*

De temps à autre il se manifeste, d'après Annesley, dans tous les climats de la zone torride, mais surtout aux Indes, une forme grave de choléra, que les médecins français appellent *mort de chien.* Il reconnaît, que son contemporain James Johnson a donné une description très exacte de la *mort de chien*, mais il ne peut accorder à cet auteur, que la *mort de chien serait la même maladie que le choléra épidémique* (ou choléra asiatique),

qui régna en 1817. Il déclare avoir certainement observé autant de cas de *mort de chien* et de *choléra épidémique* que tout autre médecin, mais il ne peut pas admettre que les deux maladies soient *identiques*, bien qu'elles aient plusieurs points de ressemblance. Les différences entre ces deux maladies sont indiquées par Annesley d'une manière très explicite (§ 74); nous ne les reproduirons pas ici.

Les rapports concernant l'apparition du choléra pendant cette période parmi l'armée anglaise paraissent très incomplets. Les Conseils Médicaux de *Madras* et du *Bengale* furent institués en 1786. D'après Macnamara, aucun rapport de maladies n'aurait été fait avant ce temps; et, d'après Scott, les rapports de 1786 à 1802 n'auraient été faits régulièrement. Ceux envoyés au Conseil Médical du Bengale dans les premières années de ce siècle concernent exclusivement les troupes européennes. Macnamara y trouva annoté:

	Atteints du choléra	Morts du choléra
De 1800 jusqu'à 1808	probablement aucun	aucun
en 1808	5	id.
en 1809	3	id.
en 1810	aucun	id.
de 1811 jusqu'à 1813	79	id.
en 1814	46	11
et en 1815 et 1816	aucun	aucun
Donc en total	133 atteints,	dont 11 morts.

Macnamara dit en termes formels, que les onze cas mortels de choléra de l'année 1814 étaient les *premiers* parmi les soldats européens, qui furent rapportés au Conseil Médical dans la présidence du Bengale (§ 61).

Plus loin nous lisons dans Macnamara: „La maladie se déclara en 1814 dans une baraque trop étroite du *Fort William* parmi les recrues, qui venaient d'arriver d'Angleterre; elle se manifesta aussi à l'état épidémique à *Jaulna* pendant la même année. De cette dernière épidémie le docteur Cruickshanks dit plus tard (en 1831): „qu'il mentionna ces cas, en 1814, dans les rapports sur les maladies comme des maux de ventre (as bowel complaint), parce que les déjections et les vomissements étaient aqueux ou de nature glaireuse et qu'ils ne contenaient pas de bile."

Le docteur Scott fit à propos de ce rapport l'observation suivante: „Ce document du Dr. Cruickshanks est „d'une grande importance, parce qu'il prouve que le „choléra s'était manifesté si peu de temps auparavant de „telle manière, qu'on n'aurait pu le supposer, et que même „dans ces circonstances, on n'en trouve pas la trace dans les „rapports officiels; car si nous n'avions pas été guidés „par la remarque fortuite du docteur Duncan, faite „5 ans après l'événement, et si celui-ci n'eût pu s'en „référer au docteur Cruickshanks, les rapports du „corps ne l'auraient jamais mis au jour. Il s'ensuit, „comme on l'a déjà fait remarquer auparavant, que „quoiqu'on mentionne rarement le choléra dans les rapports „de maladies (Hospital Returns) des temps précédents, „on ne peut pas en conclure, que le choléra ne se „manifestait pas alors."

Cette remarque de Scott paraît au premier abord très juste. Cependant en y réfléchissant un instant, la question prend un autre aspect, surtout quand on se rappelle les rapports des contemporains. Nous ne trouvons pas le nom du Dr. Cruickshanks sur la liste des médecins,

qui envoyèrent en 1819 un rapport sur le choléra au Conseil Médical à Calcutta. Peut-être était-il un de ceux, qui n'avaient pas du tout répondu, ou bien un de ces 24 médecins, qui avaient déclaré dans leur réponse, ne pouvoir de l'une ou de l'autre manière éclairer le Medical Board dans l'enquête proposée. Cela ne prouverait guère pour son activité, ni pour sa valeur scientifique. En supposant même que cette valeur fût des plus médiocres, nous ne pourrions croire, qu'il *méconnût une épidémie de choléra asiatique* et qu'il la confondît avec une épidémie de „bowel complaint." Les déjections avaient, d'après lui, un aspect aqueux ou glaireux, et ne contenaient pas de bile. Cela ne peut être le cas que dans le choléra nostras et dans la febris intermittens algida; quand ces deux maladies se manifestent à l'état épidémique, on pensera plutôt au *cholera biliosa*, qui était endémique et généralement connu aux Indes, qu'à une simple maladie de ventre (bowel complaint). L'opinion de Cruickshanks, émise 17 ans après les événements, a, ce nous semble, peu de valeur, tant qu'elle ne sera pas corroborée par d'autres documents jusqu'ici inconnus.

Nous savons en outre, que les Européens souffraient rarement dans ce temps du *cholera sporadica.* De 1804 jusqu'à 1816, Vos n'avait pas constaté 10 cas de choléra parmi les Européens.

Jameson rapporte comme une grande particularité, que le 30 avril 1817 un soldat Européen mourut à *Calcutta.* Le même auteur mentionne, que la partie européenne de la population était si rarement atteinte du choléra, „que deux messieurs attachés à l'Hôpital général pour les Européens de la présidence, — l'un pendant dix ans et l'autre pendant cinq ans, — n'avaient

jamais vu un seul cas de *choléra morbus* avant 1817, alors même, que cette maladie sévissait dans ces contrées à l'état épidémique (§ 69). Quand on considère aussi que Jameson eut à sa disposition, pour faire son rapport général sur l'apparition du choléra épidémique au Bengale de 1817—1819, les rapports de cent médecins, il est plus que probable, que les „Hospital Returns" de 1800 jusqu'à 1817, en ce qui regarde l'apparition du choléra parmi les soldats Européens au Bengale, rendaient fidèlement le véritable état des choses.

Enfin nous devons encore mentionner pour cette période l'article d'un journal de Calcutta en 1831, que nous avons déjà cité page 97. On raconte, que dans le village *Saibgunge*, dans le district de *Purneah*, au nord du Gange, une troupe d'indigènes nomades fut atteinte, aux mois d'avril et de mai de l'année 1816, d'une maladie pestilentielle, que l'on ne connaissait pas encore comme épidémie, et qui par conséquent n'avait pas encore de nom, mais qu'ils appelèrent alors „oola"; journellement 8 à 10 personnes de cette troupe mouraient, ce qui détermina la levée du camp.

Nous ne pouvons pas décider si cette nouvelle mérite quelque confiance; nous renvoyons le lecteur à la note au bas de la page: „Ola Utaha, now the common Bengalee name for *cholera* is defined in Forster's vocabulary 1802: „Flux attended with vomiting."

Le choléra épidémique de 1817.

Nous n'avons pas l'intention de donner le récit détaillé du choléra épidémique de 1817. Nous nous en rapportons

à ce sujet à nos nombreuses citations, ainsi qu'aux ouvrages, dont elles ont été extraites; nous nous bornerons simplement à fixer ici l'attention sur quelques particularités.

En 1815 il y eut de fortes pluies au Bengale, de sorte que plusieurs grandes rivières débordèrent; une grande étendue du pays fut inondée; ensuite le temps devint froid et humide. La chaleur et la sécheresse furent excessives en 1816; à la fin du mois de mai, il faisait tellement chaud que le thermomètre montait parfois jusqu'à 98° F; beaucoup de personnes, tant Européens qu'indigènes, tombèrent mortes dans les rues de Calcutta.

Dans les pays d'amont la saison extraordinairement froide fut également suivie d'une sécheresse excessive; ce qui causa plusieurs maladies parmi les indigènes; ajoutez-y la perte de la moisson de blé, cet avant-coureur de la famine, qui survint bientôt.

Les brusques changements de température, et l'irrégularité des moussons influèrent en 1816 sur les maladies, qui régnaient annuellement au Bengale; parmi ces maladies endémiques *on ne comptait pas encore le choléra épidémique.* Au lieu de la dyssenterie aiguë, qui régnait ordinairement, on constata seulement des fièvres et d'autres maladies d'un caractère typhoïde; *l'inflammation pernicieuse et contagieuse de la gorge* (angina diphtheritica?) *qu'on ne connaissait jusqu'alors aux Indes que de nom, se manifesta pour la première fois.* Du mois d'août jusqu'au mois de décembre, la population Européenne et indigène fut décimée par une épidémie meurtrière de febris remittens biliosa. Jameson prouve par des chiffres l'énorme mortalité, causée par cette épidémie de fièvre, qui ordinairement entraînait la mort au bout de 2 ou 3 jours.

Autrefois on a cru, — et nous retrouvons cette opinion dans le rapport déjà cité de Corbyn en 1820, — que *Jessore* fut le premier foyer où se manifesta le choléra épidémique en 1817. Cela n'est pas tout à fait exact: Jameson prétend, et non sans fondement, que la maladie débuta dans les provinces éloignées de *Behar*, et de *Dacca*, plus d'un mois avant qu'elle n'éclatât à *Jessore* (milieu du mois d'août 1817).

Le choléra de 1817 produisit une grande consternation et un abattement général. Avant 1817 les castes supérieures des indigènes, qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques plus favorables que les parias, avaient peu à souffrir du choléra, et les Européens en étaient rarement atteints; mais l'épidémie de 1817 fit des victimes parmi toutes les classes de la société: la mortalité fut plus grande que celle éprouvée pendant les années précédentes par le *cholera biliosa* et plus rarement par la *mort de chien*.

La propagation particulière de la maladie en 1817 attira vivement l'attention: on s'étonna qu'elle ne sévit pas en même temps dans les différents districts, qu'elle sautât d'un district à un autre (Corbyn). Avant 1817 le choléra restait confiné au contraire sur les lieux, où il avait pris naissance.

En 1817 la question de la contagion du choléra, — à laquelle personne n'avait pensé auparavant, — fut sérieusement posée. D'après Corbyn il ressort des Bombay Communications, que Anderson et plus tard aussi Jukes croyaient à la contagion du choléra. Ce dernier déclarait autrefois, lorsqu'il soutenait encore le contraire, qu'il y avait incontestablement quelque chose d'obscur

dans cette étrange épidémie, et que les lois suivant lesquelles elle se dirigeait d'un endroit à un autre, étaient très différentes de celles, que suivaient les épidémies ordinaires.

Vos et Jameson soupçonnent aussi le choléra de 1817 d'être contagieux ou plutôt d'être transmissible. Jameson dit (l. c. pag. 123): „The next point to be investigated, is, how far the pestilential virus of the disease was communicable by Contagion. If by Contagion is meant the communication of the disorder from person to person, by means of contact, or close conversation; then in this strict sense of the word Cholera is certainly not contagious..... But, again, the whole habitudes of the disease, when once it had entered a town or camp, proved, that it was not kept up by infection. Instead of daily increasing, and being perpetuated by the very means on which it fed, it invariably ran a regular course of increase, maturity, decay and extinction" (ibid. p. 126).

En ce qui concerne les symptômes, on remarque aussi de grandes différences entre le choléra de 1817 et les formes de choléra, qui avaient été constatées aux Indes avant cette année. Les docteurs Burrell et Whyte mentionnent expressément l'absence totale de bile dans les matières évacuées par le vomissement et par les selles; ce symptôme leur paraissait étrange.

Dans le rapport de Corbyn on cite aussi d'autres symptômes, qui font tout de suite penser au *choléra asiatique.* La description de la maladie par Vos, Jameson et Annesley fait croire, qu'ils ont assisté à une épidémie de *choléra asiatique.* En ceci elle

diffère essentiellement de celle, que les auteurs des siècles précédents ont ébauchée du choléra. On doit reconnaître, que dans la description, que ces derniers en donnent, plusieurs symptômes du choléra étaient bien indiqués; mais il restait toujours encore quelque doute, soit que quelques symptômes caractéristiques du *cholera asiatica* étaient omis, soit qu'ils étaient incomplètement esquissés; bref, leur description offrait quelque ressemblance, mais aucune identité avec l'image du *cholera asiatica.* Cette défectuosité ne provenait pas de leur ignorance de l'état des choses, ni de leur défaut d'exposition; loin de là; elle ne s'explique, nous en avons l'intime conviction, que par cette seule circonstance, que les rapporteurs n'avaient pas vu le *choléra asiatique.*

Il ressort aussi de nos citations, que même dans la période de 1817 à 1825, lorsque le cholera asiatica régnait indubitablement aux Indes Anglaises, plusieurs médecins renommés se trompèrent sur le diagnostic. Nous lisons dans Corbyn, que le docteur Burrell, officier de santé au 65e régiment, citait comme premiers symptômes d'un cas de choléra une pesanteur, des douleurs et une sensation d'engourdissement dans les membres, un mal de tête violent, et la soif (§ 65). Vos remarque, qu'après certains cas du choléra morbus il subsistait une hydropisie incurable, et que la convalescence se faisait lentement, quand la maladie était fiévreuse et accompagnée de constipation et d'autres signes de trouble dans les fonctions du foie (§ 70). Ces observations prouvent une confusion entre la fièvre malarienne et le choléra.

Annesley décrit un cas de gastrite aiguë, qu'un médecin habile et très actif de l'hôpital à *Kurnool* prit pour le choléra (§ 73).

Il est quasi certain, que les cas morbides, qui au commencement de ce siècle étaient désignés sous le nom de *mort de chien* par Johnson, Thomson, Annesley et d'autres auteurs, seraient rangés aujourd'hui sous la rubrique febris intermittens algida. Nous mêmes, nous avons plusieurs fois constaté pendant notre séjour aux Indes Orientales Néerlandaises, que différentes maladies étaient confondues avec le *choléra asiatique;* toutefois nous affirmons, qu'il est impossible, pour celui qui a assisté à une épidémie de *choléra asiatique*, de ne pas la reconnaître. Dans un cas isolé, le meilleur médecin peut se tromper, mais dès que la maladie est devenue épidémique, il n'est plus possible de méconnaître la nature de l'épidémie.

Corbyn dit, *que le choléra de* 1817 *était inconnu aux Indes avant ce temps*, *même dans les contrées les plus malsaines*, où les marais exhalaient de temps immémorial leurs vapeurs pernicieuses; ses effets étaient augmentés sous l'influence de la malaria, de l'indigence et des grandes variations de température, mais on ne doit pas envisager la malaria comme une cause (du choléra de 1817), parce que la maladie fait aussi de grands ravages dans les pays les plus sains des Indes (§ 66).

D'après Jameson: „c'était une opinion généralement „répandue dans *tout le Bengale*, que l'épidémie de „1817—1819 différait beaucoup du choléra morbus (cholera „biliosa) tel qu'il était décrit dans les manuels. A cet „égard il ne peut y avoir aucun doute, si toutefois on „comprend sous le nom de choléra cette maladie, qui „dans les zones tropicales se manifeste pendant les chaleurs, „et qui est ordinairement accompagnée de vomissements

„de bile. On ne doit cependant pas oublier, que le „mot choléra est un nom générique, qui comprend plusieurs „sortes ou variétés de maladie, toutes différentes entre „elles par leurs symptômes essentiels. Si l'étendue de „ce rapport le permettait, il me serait facile de démontrer, „qu'une maladie, qui dans *ses apparences extérieures* „ressemble à celle, qui sévissait récemment dans ces contrées, „était déjà connue dès la plus haute antiquité, et qu'elle „a été décrite nettement par des médecins de tous les „siècles. *La maladie, qui éclata dernièrement aux „Indes, n'était nouvelle que par la forme épidémique „qu'elle revêtait pour la première fois; elle devenait „par la violence des attaques un fléau plus général et „plus destructif, qu'elle ne l'avait été jusqu'à présent.* „Elle a régné longtemps dans ces colonies *à l'état sporadique*, „et a été décrite par trois officiers de santé au service „de Sa Majesté, les docteurs Girdlestone, Curtis et „Johnson. Pour autant qu'on peut en juger par un „examen minutieux (même des Native Histories of Ferishtu „and Ghoolam Hoosein § 67) *elle n'a cependant jamais „régné dans ces contrées à l'état épidémique avant la „fin de l'année* 1817."

C'est Jameson qui parle. Il a probablement ici en vue la description des cas morbides, qui furent constatés à *Madras* par Curtis et Girdlestone en 1782, et à *Trincomale* par Johnson en 1804. Curtis et Johnson ne donnèrent pas le nom de choléra à la maladie, qu'ils ont décrite, et nous avons fait remarquer, que ce ne pouvait avoir été le *choléra asiatica* (§ 56 et page 109). Johnson nommait les cas qu'il avait constatés, *mort de chien;* nous avons vu, page 138, que pour plusieurs motifs, Annesley *ne pouvait reconnaître*,

que la mort de chien de Johnson *aurait été la même maladie que le choléra épidémique* (*cholera asiatica*); Annesley admet la ressemblance, non l'identité des deux maladies.

Nous pouvons très bien nous rallier à cette opinion d'Annesley; nous croyons avoir suffisamment réfuté les raisons, qui faisaient croire à Jameson, que le choléra asiatique se manifesta bien avant 1817 *à l'état sporadique*, en prouvant que les cas morbides, décrits par Girdlestone, Curtis et Johnson, n'étaient pas des cas de *choléra asiatique*.

Choléra au Bengale de 1821—1826.

La grande épidémie de choléra, qui avait débuté en 1817 à *Jessore* au Bengale, se propageait incessamment dans différentes directions jusqu'en 1821. A cette époque elle avait envahi les Indes Anglaises et plusieurs îles de l'archipel Indien ; on pouvait cependant considérer l'épidémie comme terminée. Il est vrai, que de 1821 jusqu'en 1825 des cas de choléra se présentèrent aux Indes Anglaises, mais ils avaient, d'après Annesley, un caractère moins grave que lorsque l'épidémie fut à son acmé, et, d'après Macnamara, ils ne se distinguaient guère du choléra endémique, qui s'y présentait régulièrement avec des périodes de déclin et d'exacerbation.

Au commencement de 1826 la maladie reparut subitement au Bas-Bengale, si bien qu'on craignît la réapparition du fléau de 1817. Cette crainte était fondée, c'est qu'en effet la grande épidémie de choléra, qui de 1830 jusqu'à 1832 dévasta l'Europe et l'Amérique, avait pris naissance

en 1826 au Bengale. Au mois d'avril 1826, 76 cas de choléra se manifestèrent parmi les troupes du *Presidency Circle*, et 38 furent mortels. Presque en même temps 49 hommes du régiment à *Buxar* furent atteints de la maladie, et 29 moururent. Dans la ville de *Benares* deux à trois çents personnes furent journellement enlevées par le choléra vers le mois de mai 1826. Dans le *Cawnpore Circle* 64 soldats européens et 108 indigènes furent atteints de la maladie au mois de juin de la même année. Les détachements à Saugur, Agra, Meerut et Nusseerabad étaient restés jusqu'alors exemptes, si l'on néglige quelques cas sporadiques, qui s'y montrent à chaque saison. On peut donc considérer le choléra de 1826 comme une répétition de l'épidémie de 1817, et, d'après Macnamara, très probablement de celle de l'année 1783 (Macnamara l. c. pag. 48).

L'opinion exprimée par Macnamara nous engagea à rechercher plus particulièrement, comment le choléra se manifesta au Bengale de 1821 jusqu'à 1826, (fin de l'épidémie de 1817 jusqu'au commencement de l'épidémie de 1826). Dans le premier tome du volumineux ouvrage d'Annesley „Researches into the causes, nature and treatment of the more prevalent diseases of India" nous avons rencontré des extraits des rapports sur les maladies de l'armée européenne au Bengale pendant cette période; ils nous ont mis en état de dresser les deux tableaux suivants sur le choléra.

I TABLEAU STATISTIQUE du nombre de cholériques et des cas de décès, causés par le choléra parmi les européens de l'armée au Bengale, de 1821 jusqu'en 1825 inclusivement.

Divisions de l'armée européenne au Bengale.	1821.						1822.						1823.						1824.						1825.					
	I.		II.		III.		I.		II.		III.		I.		II.		III.		I.		II.		III.		I.		II.		III.	
	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.
Presidency Division	1	0	68	8	15	1	14	2	25	7	12	1	26	3	65	15	18	1	13	1	19	10	12	8	2	0	16	0	24	7
Berhampore id.	0	0	5	3	3	0	20	6	4	1	19	9	10	2	21	7	3	0	5	0	5	0	4	2	—	—	—	—	—	—
Dinapore id.	6	1	6	1	5	1	3	0	10	3	0	0	16	1	25	8	29	9	4	0	9	1	1	1	5	0	4	4	1	1
Benares id.	3	1	7	1	5	0	1	0	13	4	8	1	3	2	6	0	5	1	1	1	8	0	1	1	0	0	4	0	0	0
Meerut id.	1	0	98	23	53	15	0	0	—	—	22	5	1	0	26	2	30	13	6	2	18	2	20	4	0	0	11	0	10	1
Malwa districts id.	2	0	0	0	21	1	1	0	2	0	3	1	2	0	22	5	8	2	2	2	10	1	5	1	0	0	10	1	0	0
Nagpore id.					3	0	1	0	—	—	1	0	1	0	—	—	—	—	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
							2	0	5	0	0	0	1	0	4	3	2	2	3	1	7	6	10	3	—	—	—	—	—	—
1ier Total	13	2	184	36	105	18	42	8	59	15	65	17	60	8	169	40	95	28	34	7	76	20	53	20	7	0	45	5	35	9
2ième "	Atteints 302						Atteints 166						Atteints 324						Atteints 163						Atteints 87					
	Morts 56						Morts 40						Morts 76						Morts 47						Morts 14					

I Saison froide, novembre, décembre, janvier et février.

II Saison des chaleurs, mars, avril, mai et juin.

III Saison des pluies, juillet, août, septembre, et octobre.

II TABLEAU STATISTIQUE du nombre de cholériques et des décès, causés par le choléra parmi les européens de l'armée au Bengale, de 1821 jusqu'en 1825 inclusivement.

Divisions de l'armée européenne au Bengale.	Saison froide. Novembre, déc., janvier et février.		Saison chaude. Mars, avril, mai et juin.		Saison pluvieuse. Juillet, août, septembre et oct.		TOTAL dans les saisons mentionnées.		REMARQUES.
	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Malades.	Décédés.	Pendant les années
Presidency Division	56	6	193	40	81	18	330	64	1821 jusque et y compris 1825
Berhampore id.	35	8	35	11	29	11	99	30	1821 " " " " 1824
Dinapore id.	34	2	54	17	36	12	124	31	1821 " " " " 1824
Benares id.	8	4	38	5	19	3	65	12	1821 " " " " 1825
Cawnpore id.	8	2	153	27	135	38	296	67	1821 " " " " 1825
Meerut id.	7	2	44	7	37	5	88	14	1821 " " " " 1825
Malwa districts id.	2	0	—	—	4	0	6	0	1821 " " " " 1824
Nagpore id.	6	1	16	9	12	5	34	15	1822 " " " " 1824
Dans toute l'armée	156	25	533	116	353	92	1042	233	
Chiffre moyen par année un peu plus que	31	5	106	23	70	18	208	46	parce que toutes les périodes ne sont pas de 5 années.

Il résulte de ces tableaux, que dans l'armée anglaise au Bengale,

302	européens	furent	atteints	en 1821	du choléra,	dont	56	morts
166	„	„	„	„ 1822	„	„	40	„
324	„	„	„	„ 1823	„	„	76	„
163	„	„	„	„ 1824	„	„	47	„
87	„	„	„	„ 1825	„	„	14	„
donc des 1042	„	qui	„	„	de 1821—1825		233	„

ou en moyenne par an 208 européens atteints, dont 46 morts.

Ces chiffres ne sont pas tout à fait exacts; ils sont probablement au dessous de la vérité, parce que, comme les tableaux le démontrent, les rapports sont relatifs à quelques détachements seulement, et ne comprennent que 3 ou 4 années et le chiffre total a été divisé par 5.

D'après les communications de Macnamara, rapportées page 139, celui-ci trouva dans les rapports médicaux sur l'armée européenne au Bengale, de 1786 jusqu'à 1817, les chiffres suivants:

	Atteints par le choléra.	Morts du choléra.
de 1786—1808	aucun	aucun
en 1808	5	id.
en 1809	3	id.
en 1810	aucun	id.
de 1811—1814	79	id.
en 1814	46	11
en 1815 et 1816	aucun	aucun
donc de 1786 jusqu'à 1817	133 atteints,	dont 11 morts.

Macnamara déclare expressément, que *les* 11 *cas de mort de l'année* 1814 *furent les premiers parmi les troupes européennes au Bengale, qui furent rapportés au Conseil Médical de cette présidence.* Les chiffres de

Macnamara ne pourraient, d'après Scott, être pris en sérieuse considération, mais nous avons démontré page 142, qu'ils sont tout à fait conformes aux communications des contemporains sur l'apparition du choléra parmi les européens en général. Nous n'avons pas non plus de motifs sérieux pour douter de l'exactitude des chiffres d'Annesley; d'ailleurs la différence entre les chiffres de 1821 à 1826 et de 1786 à 1817 sont tellement énormes, qu'on peut en conclure hardiment, que de 1821 à 1826 les cas de choléra furent plus fréquents, et surtout que la mortalité fut plus grande, que dans la période de 1786 jusqu'à 1817.

Cette différence vient à l'appui de notre opinion, *que le choléra asiatique ne remonte qu'à l'année* 1816 *ou* 1817, *et que depuis lors seulement, il est devenu et resté endémique jusqu'à nos jours dans quelques régions du Bengale.* On peut admettre à la rigueur, que l'inondation d'une grande partie du pays, l'irrégularité des saisons et la famine, qui causaient en 1816 des épizooties et des épidémies de maladies connues, occasionnèrent en 1817 deux maladies nouvelles dans ces contrées: le *choléra asiatique* et *l'inflammation maligne de la gorge* (angina diphtheritica?). S'il était vrai, que la même bactérie dans ses générations successives peut produire différentes espèces, et qu'elle possède un pouvoir de transformation, d'adaptation au milieu qui l'entoure, oh, alors on pourrait admettre, qu'il existait un rapport causal entre les phénomènes anormaux, observés au Bengale en 1816, et la naissance de ces deux maladies infectieuses. Nous ne risquerons pas d'étayer des théories hasardées de matériaux, dont nous ne connaissons pas la solidité, et auxquels nous ne saurions prêter l'appui de nos recherches scien-

tifiques. Nous ne pouvons cependant pas nous empêcher de rappeler comment les fièvres de malaria, qui par elles-mêmes ne sont pas du tout contagieuses, paraissaient pourtant le devenir à bord des navires dans des conditions hygiéniques particulièrement défavorables (§ 62). De la même manière dans les hôpitaux trop remplis, l'entassement de malades atteints du catarrhe intestinal semble favoriser la naissance de la dyssenterie maligne et contagieuse.

En 1873 on fonda à Batoe Toelies (Java) à peu de distance de *Buitenzorg*, un hospice de convalescents. Il était destiné aux malades transportés du théâtre de la guerre (Atjeh). L'établissement était situé tout près d'une petite rivière dans laquelle les convalescents se baignaient journellement. Ces soldats souffraient très souvent de fièvres malariennes opiniâtres. Après la fondation du grand hôpital à Batoe Toelis, il y eut une telle recrudescence de fièvres intermittentes parmi les indigènes des environs de *Buitenzorg*, comparativement aux années précédentes, que les Javanais prétendirent pertinemment, que ces fièvres leur avaient été apportées par les malades évacués d'Atjeh. Quelques grands terriens de *Buitenzorg* nous ont assuré, qu'autrefois les fièvres de malaria ne se manifestaient jamais dans ces contrées, ou du moins, qu'elles y étaient très rares. Quoique nous soyons convaincus, que cette assertion est exagérée, nous croyons pourtant nécessaire de mentionner cette circonstance [1]).

---

1) D'après le „Zeitschrift für klinische Medicin" 1884, le professeur Gerhardt à Würzburg aurait réussi à opérer la transmission de malaria d'une personne à une autre.

Notons en outre, que Clark, Lind, Balfour, Blanc, Pijm et Johnson croyaient à la contagion des fièvres malariennes aux Indes Anglaises pendant le 18ième et le commencement du 19ième siècle (§ 62).

Il résulte de la statistique suivante, relative aux malades traités dans les hôpitaux militaires aux Indes Néerlandaises, qu'il y a quelque rapport entre l'apparition plus ou moins fréquente de la *dyssenterie* et l'hygiène des hôpitaux.

Comme il est souvent difficile de distinguer le catarrhe intestinal de la dyssenterie, nous avons donné aussi le chiffre total de ces deux formes de maladies.

En 1819 furent traités dans les hôpitaux militaires

de l'île de Java	14.208	malades, dont sont morts	727
des autres îles de l'Archipel	6.703	„ „ „ „	448
total	20.911	„ „ „ „	1.175 ou 5,62 %

De ces 20.911 malades 2.264 soit 10,8 % souffraient de la dyssenterie; de ceux-ci sont morts 323, soit 14,31 %

„ „ „ „ 3.321 „ 16 „ étaient atteints de la diarrhée; de ceux-ci sont morts 274, soit 8,5 %

„ „ „ „ 5.585 soit 26,8 % ont été atteints de la dyssenterie et de la diarrhée, avec une mortalité de 597 soit 10,7 %.

En 1879 furent traités 122.579 malades militaires, desquels sont morts 1455 ou 1,26 %

De ces 122.579 malades 1.377 soit 1,12 % étaient atteints de la dyssenterie; de ceux-ci sont morts 215 ou 15,61 %

„ „ „ „ 7.003 „ 5,71 „ étaient atteints de la diarrhée; de ceux-ci sont morts 81, soit 1,12 %

„ „ „ „ 8.380 soit 6,83 % étaient atteints de la dyssenterie et de la diarrhée, avec une mortalité de 296, soit 3,53 %

De 1820 jusqu'à 1832 furent traités dans les hôpitaux de Java 316.038 malades militaires;

34.513 soit 10,92°/o	d'entre eux étaient atteints de la dyssenterie, 5.796 soit 16,8°/o moururent;
41.982 soit 13,28°/o	du nombre total des malades étaient atteints de diarrhée; de ceux-ci il en mourut 3.818 soit 9,09°/o:
et 76.495 soit 24,2 °/o	étaient atteints de dyssenterie et de diarrhée avec une mortalité de 9.614 soit 12,57°/o.

De 1860 jusqu'à 1872 furent traités dans les hôpitaux de Java 519.860 malades militaires;

10.057 soit 1,93°/o	étaient atteints de dyssenterie, et 1.670 soit 16,6°/o moururent;
21.833 „ 4,2°/o	étaient atteints de la diarrhée; de ceux-ci moururent 593 soit 2,71°/o;
et 31.890 soit 6,13°/o	étaient atteints de dyssenterie et de diarrhée avec une mortalité de 2.263 soit 7,1°/o.

L'écart entre les années 1819 et 1879 est assez considérable, mais il a naturellement moins d'importance que celui, que nous constatons entre les deux périodes de 12 ans. Ici les différences sont pourtant encore tellement considérables que la statistique démontre pleinement, que de 1860 jusqu'à 1872 la dyssenterie se manifestait bien moins à Java, que 50 ans auparavant, alors que, par suite de circonstances inévitables, on s'occupait en général très peu d'hygiène. Quant à nous, nous sommes convaincus, que cette proportion est devenue encore plus favorable pour les 12 dernières années, de 1872 jusqu'à 1884; nous n'avons pourtant pas choisi cette période pour prouver notre thèse, parce que pendant ce temps l'évacuation de malades atteints de dyssenterie se pratiquait assez généralement; cette dernière circonstance nous mettait dans l'impossibilité d'obtenir des chiffres suffisamment

exacts pour cette statistique. On pourrait conclure, que nos chiffres concernant l'année 1879 ne sont pas corrects non plus; mais nous ajouterons que, relativement à l'évacuation des soldats atteints de dyssenterie, les rapports militaires donnent un chiffre trop élevé, parce que les malades évacués sont deux fois portés en compte: d'abord dans la garnison, où ils tombaient malades et la seconde fois dans l'endroit où ils étaient transportés. Il s'ensuit donc, que les chiffres de malades atteints de dyssenterie et de diarrhée seraient plutôt trop élevés pour l'année 1879; nous pouvons donc avancer à l'appui de notre thèse, qu'en 1819 il se présenta dans les hôpitaux militaires de Java relativement plus de cas de dyssenterie et de diarrhée, qu'en 1879.

Au siècle précédent les règles les plus élémentaires de l'hygiène étaient négligées à bord des navires de la Compagnie des Indes Orientales; comme nous l'avons relaté plus haut, une grande mortalité y était causée par la *dyssenterie* (§ 96).

Nous savons, que de nos jours on rencontre *rarement* des cas de *dyssenterie* à bord des navires; quoique nous ne puissions prouver ce fait par la statistique, on peut avancer sans crainte d'être démenti, que cet heureux changement est dû à l'abondance de bonne eau potable, au soin que l'on prend de mieux nourrir, vêtir et traiter les marins, à une meilleure ventilation et à la propreté des navires.

Causes de l'apparition fréquente de coliques.

Nous voyons, que différents voyageurs du 17ième et du 18ième siècle font mention des boissons recherchées par

les habitants des Indes et de l'Archipel Indien; la plupart de ces boissons étaient fermentatives, et pouvaient acquérir des propriétés nuisibles:

α) Schouten parle de „Sury Toack ou vin de Palme", très apprécié sur la Côte du Malabar, dans l'île de Ceylan et à Batavia, et du „doux Zagouweer" des Moluques;

β) le Dr. Johan Freyer fait mention du „Toddy ou vin de cocos" de Bombay (§ 19);

γ) de Thevenot signale le „Tary", qu'on tirait de deux sortes de palmiers, le coco et le „cadgiour";

δ) les docteurs Engelbert Kaempfer et Willem ten Rhijne citent „la bière Japonnaise ou le Sacki", comme causant souvent la colique appelée „Senki" (§ 24 et § 26);

ε) Sonnerat mentionne „le tair" (du lait caillé) comme une des causes de „flux aigu" (§ 47).

Les soldats dans l'île de Ceylan prenaient, d'après le docteur ten Rhijne, de l'eau de cendre comme médicament contre une forme de colique, qui était probablement aussi causée par du vin de palme fermenté (§ 26).

L'apparition fréquente de *coliques* au 17ième siècle, que plusieurs auteurs ont considérées à tort comme le *choléra asiatique*, doit être attribuée à l'emploi général de ces boissons. Comme ce vin de palme ne se tirait de chaque arbre qu'une fois l'an, ceux qui en faisaient le commerce, possédaient un grand nombre de ces arbres.

Par suite de la destruction des bois de palmiers dans les endroits habités, où s'étaient établis des européens, le vin de palme est moins que jadis à la portée des soldats et des marins. C'est à cette circonstance, qu'il faut sans doute attribuer en partie, que les *coliques et les* cas de choléra nostras, si nombreux au 17ième siècle, sont

de nos jours et même pendant le siècle précédent devenus beaucoup plus rares. Il va sans dire, que d'autres causes encore ont contribué à diminuer le nombre de ces cas morbides. Nous citons comme telles, par exemple, le soin, qu'on prend de mieux se vêtir et de se couvrir, de ne plus coucher en plein air, de se procurer de la bonne eau potable. Nous pouvons cependant négliger ces dernières circonstances favorables. Nous indiquerons encore l'intoxication saturnine, comme une cause fréquente de l'apparition de coliques pendant le siècle précédent, surtout à bord des navires. Plusieurs cas de colique, à laquelle Clark donnait le nom de dry-belly-ach (§ 46 et § 47) étaient incontestablement la suite d'une intoxication saturnine. Van Hussem rapporte dans son livre sur les fièvres putrides à bord des navires de la Compagnie des Indes Orientales, que l'équipage avait coutume de mâcher du plomb pour avoir un peu de salive dans la bouche. Dans la „Geneeskonst der Heelmeesters de Titsingh" cet auteur dit: „quand la colique durait assez longtemps, elle causait la paralysie des membres."

Plus d'une fois nous avons observé dans notre pratique, que les cas de *choléra nostras*, qui offraient le plus d'analogie avec le *choléra asiatique*, étaient précisément ceux où une intoxication, une infection s'était produite, soit par l'usage d'eau de mauvaise qualité ou de boissons fermentées, soit par l'ingestion d'aliments gâtés et pourris; cette même analogie se présente pour quelques formes de febris intermittens perniciosa, occasionnées par la malaria. Il est probable, que les cas de *mort de chien*, qui au commencement de ce siècle commencèrent à attirer l'attention des médecins, appartenaient à ces deux catégories

de *choléra nostras.* Les considérations et les faits mentionnés ci-dessus nous amènent à poser la question:

Si les organismes végétaux, dont nous venons de parler, et qui sont la cause probable de ces cas de *mort de chien*, pouvaient sous l'influence des circonstances exceptionnelles au Bengale en 1815 et 1816 (notamment l'irrégularité des moussons, l'inondation d'une grande partie du pays, la famine, les maladies parmi les hommes et le bétail, le grand nombre de cadavres d'hommes et d'animaux restés sans sépulture) devenir le bacille en virgule (bacillus comma), que le Dr. Koch considère à présent comme la cause du *choléra asiatique?* ou en d'autres termes, *si le choléra sporadique sous ces mêmes influences peut-il se transformer en choléra asiatique*, de la même manière que la dyssenterie sporadique (dysenteria catarrhalis de Niemeyer) paraît pouvoir se transformer en dyssenterie maligne et contagieuse, sur les navires ou dans les hôpitaux trop remplis et malpropres?

Il ne sera pas inutile d'insister sur la signification, que Annesley attache au terme „*épidémique.*"

Cet auteur dit: „d'après l'étymologie on comprend par ce mot la manifestation générale de quelque maladie; dans ce sens on peut dire, que presque toutes les maladies peuvent devenir épidémiques. C'est pourquoi je me sers du mot dans un sens plus restreint, qui s'accorde avec l'acception générale. Je nomme une maladie vraiment (truly) épidémique, quand elle atteint un grand nombre de personnes, et quand cette apparition générale ne peut tout à fait s'expliquer par les causes ordinaires et mani-

festes de l'atmosphère et des saisons, sans recourir à l'hypothèse d'un état particulier de l'atmosphère, que nous ne pouvons pas préciser, mais qui est indépendant des propriétés (conditions) connues et palpables de l'atmosphère, telles que sa température et son degré d'humidité (the nature of which is beyond our means of ascertaining, and which is independent of the known and palpable conditions of this fluid, as respects its temperature and state of moisture)." [1] Cest dans ce sens qu'Annesley nommait épidémiques différentes formes de fièvre, la petite vérole, la dyssenterie, le *choléra indien*, la fièvre scarlatine, la rougeole, la coqueluche et l'érysipèle.

Il en résulte donc, qu'Annesley attachait aussi à l'expression „*épidémique*" l'idée d'infection, sans l'exprimer d'une manière formelle.

Or Annesley soutient, que les ouvrages médicaux des Hindous parlent, il est vrai, du *choléra sporadique* dans sa forme bénigne, mais qu'ils ne font aucune mention du cholera epidemica (cholera asiatica).

Une série de considérations, que nous ne répèterons pas, amènent cet auteur à conclure:

I. que nous n'avons aucune preuve, qu'avant 1817 le choléra ait régné aux Indes à l'état épidémique;

II. que les rapports sur l'apparition anormale du choléra dans une contrée isolée et son apparition pendant certaines saisons, prouvent clairement, que cet événement devait être attribué à la disposition des localités, aux variations

---

1) Annesley: Sketches of the most prevalent diseases of India, London 1825, p. 6 et 7.

de l'atmosphère et aux conditions particulières, où se trouvaient les personnes atteintes de la maladie;

III. que cette apparition anormale du choléra n'était pas indépendante des causes susdites; que, selon toute vraisemblance, elle ne devait pas être attribuée à d'autres causes d'un caractère plus mystérieux, auxquelles dans l'imperfection de notre science, on donnait le nom de *causes épidémiques* ou *constitutio epidemica* de l'atmosphère;

IV. que le choléra épidémique de 1817 différait sous beaucoup de rapports du choléra morbus de l'Europe (choléra nostras) et en quelques points du choléra sporadique des Indes;

V. que, bien certainement en Europe, le choléra morbus n'a *jamais* présenté les symptômes caractéristiques de l'épidémie de 1817; et que, pour autant qu' Annesley a pu s'en assurer, le choléra ordinaire aux Indes ne présenta non plus tous les symptômes caractéristiques du choléra épidémique de 1817;

VI. que le *choléra épidémique de* 1817 *différait du choléra ordinaire des Indes tel qu'il a été observé avant* 1817, *non seulement par le degré d'intensité*, *mais aussi par son caractère spécial.*

Ces différences ne peuvent pas s'expliquer par l'intensité variable des causes, qui donnaient naissance à ces deux formes de maladie; au contraire il faut les attribuer à une *cause accessoire*, qui doit avoir été aussi générale que l'épidémie elle-même.

Sans connaître ces conclusions d'Annesley, nous étions arrivés aux mêmes résultats par l'étude de l'histoire du choléra aux Indes Orientales, et nous avons acquis la conviction, qu'il n'y a aucune preuve de l'existence du choléra asiatique aux Indes avant 1817; que le choléra indien avant 1817, et celui, qui s'est montré après cette date, sont deux états morbides de nature essentiellement différente; qu'ils n'ont d'autre analogie, qu'une certaine similitude dans l'appareil symptomatique.

Nous étions cependant bien surpris lorsque, après de longues et vaines recherches, nous pûmes nous procurer le livre d'Annesley, traitant du choléra épidémique de 1817, et y trouver la confirmation de notre opinion.

Aujourd'hui encore, 60 ans après la publication de cet ouvrage, nous pouvons nous rallier parfaitement aux conclusions d'Annesley, si à l'expression „constitutio epidemica", — cause mystérieuse qui, selon lui, devait expliquer la différence entre le choléra sporadique et le choléra épidémique, — nous substituons le mot bacille-virgule du docteur Koch. Aussi nous ne rendons qu'un hommage bien mérité à la clairvoyance d'Annesley, en terminant cet aperçu général des rapports sur le choléra par les conclusions mêmes de cet auteur. Nous ne pouvons comprendre, comment les docteurs Macpherson et Macnamara aient pu avoir une opinion contraire concernant l'apparition du choléra asiatique. C'est pourquoi nous avons reproduit dans l'édition hollandaise de notre livre de longues citations et de nombreux documents, pour que nos lecteurs soient à même de se faire une opinion personnelle sur cette question importante.

CHAPITRE V.

Conclusion.

Il y a quelques années, peu de mois avant notre départ de Java, nous avions pris la résolution d'écrire l'histoire du choléra asiatique aux Indes Néerlandaises. A cet effet nous avions réuni bon nombre de matériaux. Nous avions alors la ferme conviction, que le choléra asiatique avait régné de temps immémorial aux Indes Anglaises; qu'en 1817 il sortit pour la première fois de son foyer habituel, pour se propager d'abord dans l'Asie méridionale et, quelques années plus tard, dans les autres parties du monde.

Comme la plupart des colonies anglaises dans l'Inde Cisgangétique avaient appartenu aux Hollandais, nous crûmes nécessaire de mentionner dans l'introduction d'une histoire du choléra asiatique aux Indes Néerlandaises, quelques exemples de l'apparition épidémique de cette maladie pendant les siècles précédents. En remontant aux sources, nous nous aperçumes bientôt, que certains faits, relatés par des auteurs en renom, ne prouvaient pas du tout l'existence du choléra asiatique aux Indes; pour nous il n'y avait pas de preuves convaincantes.

Cette première étude nous suggéra l'idée d'examiner par ordre chronologique tous les rapports sur le choléra, que nous pourrions découvrir, et de les soumettre à une critique impartiale. Si parfois, nous avons dévié de la ligne de conduite, que nous nous étions sévèrement tracée, nous nous en excusons, en renvoyant le lecteur impartial aux nombreuses citations, insérées dans l'édition hollandaise de notre ouvrage.

Nous avons dit dans la dernière partie de notre Introduction, que nous avions pris le mot „*choléra nostras*" dans un sens plus large, qu'on ne pourrait le justifier au point de vue scientifique. Nous l'avons fait pour ne pas être obligés d'entrer dans une foule de détails au sujet de chaque rapport sur le choléra. Il nous a paru inutile de spécifier chaque fois, si nous avions affaire à un catarrhe intestinal aigu, à une colique, à une fièvre malarienne ou à un empoisonnement. Notre but principal était d'examiner, si dans le rapport de l'un ou de l'autre auteur, il s'agissait ou non de *choléra asiatique*. Une comparaison vulgaire nous aidera à faire comprendre au lecteur, comment nous comprenons le *choléra nostras* et *le choléra asiatique*, et quelle relation nous supposons exister entre ces deux maladies.

Quelques oiseaux apprivoisés, par exemple les poules, pondent leurs oeufs pendant une grande partie de l'année, même sans la coopération du mâle. Ces oeufs présentent au premier abord la plus grande conformité avec les oeufs fécondés. Cependant ils sont stériles; de plus il existe entre les deux sortes d'oeufs une différence essentielle, qui n'est pas un secret pour le physiologiste.

Le *choléra nostras* et le *choléra asiatique* se caractérisent tous les deux par des selles riziformes copieuses

et par un collapsus consécutif. Les deux formes de maladie sont tellement analogues, que dans quelques cas le médecin expérimenté conserve des doutes sur la nature de la maladie.

Pourtant il existe entre ces deux formes de choléra une différence capitale: le *choléra nostras* reste confiné sur les lieux, où il prend naissance, — il est presque toujours sporadique, — mais il peut, dans certaines conditions connues, se manifester à l'état épidémique; le *choléra asiatique* au contraire règne presque toujours à l'état épidémique, et il est *transmissible.*

Nous comparons le *choléra nostras* à l'oeuf stérile, le *choléra asiatique* à l'oeuf fécondé, qui peut être couvé par une chaleur naturelle ou artificielle. Le seul point, qui cloche dans cette comparaison, c'est que la différence entre le *choléra nostras* et le *choléra asiatique* est encore une énigme, même pour le pathologiste expérimenté; c'est une question, qui depuis 1817 attend vainement une solution satisfaisante.

Il est probable que la découverte, faite par le Dr. Koch du *bacille en virgule* dans les selles des malades atteints du choléra asiatique, a éclairé ce point obscur d'un jour tout nouveau. A présent il est de la plus haute importance de rechercher, si dans le *choléra nostras* des Indes Orientales on retrouve aussi le bacillus comma dans les déjections; nous visons ces formes de *choléra nostras*, qui semblent également causées par l'absorption de petits organismes végétaux; nous entendons spécialement les selles riziformes, qu'on remarque dans quelques formes de febris intermittens perniciosa, ou après l'ingestion de boissons fermentées et d'aliments altérés; en un mot dans ces formes de choléra nostras, auxquelles Johnson,

Annesley et d'autres, au commencement de ce siècle, donnaient par préférence le nom de *mort de chien.* Nous croyons, que les recherches microscopiques dans ces formes de *choléra nostras*, si rares en Europe, mais relativement si fréquentes aux Indes, pourront aboutir à quelque résultat. Notre étude historique, comme on pouvait s'y attendre, nous laisse dans l'incertitude à cet égard. Par contre, elle a mis au jour d'autres faits, qui nous font soupçonner, que le *choléra nostras*, dans des circonstances hygiéniques défavorables, pourrait se transformer en *choléra asiatique.* Notre opinion, nous le comprenons fort bien, ne sera peut-être pas partagée par les savants, qui se sont livrés à l'étude des microbes; il est même possible, que les bactériologues peuvent prouver, que la transformation, que nous présumons, est impossible; mais néanmoins il ressort mathématiquement de nos recherches historiques, que le *choléra nostras*, qui moyennant un bon traitement médical et dans des conditions hygiéniques favorables, est rarement mortel, *peut dans la zone torride faire d'effroyables ravages parmi une population indigène, qui est dans la misère et privée de tout traitement médical.*

Nous insistons sur ce fait, tant au point de vue humanitaire, qu'au point de vue scientifique; peut-être pourra-t-il nous expliquer pourquoi le choléra, qui en 1883 fit en Egypte tant de ravages, ne se propagea pas jusqu'en Europe, comme dans toutes les épidémies précédentes. Il est probable, qu'on doit cet heureux résultat de 1883 bien plus à l'origine et à la nature de cette épidémie, qu'aux mesures rigoureuses de quarantaine, que l'on a prises.

Si cependant notre opinion concernant la transformation

du choléra nostras en choléra asiatique se vérifiait, on pourrait aussi se figurer, qu'il existe plusieurs degrés de transmissibilité du choléra; ceci pourrait expliquer le cours étrange, que le choléra a pris l'année dernière au midi de l'Europe; dans cet ordre d'idées il serait nécessaire aussi de rechercher avec toute l'impartialité scientifique voulue, si les cordons militaires, établis aux frontières de l'Italie et de la France pour arrêter le choléra, n'ont pas contribué à faciliter la propagation du mal.

Indépendamment des renseignements, que nous réserve l'avenir, et quel que soit le jugement de nos lecteurs sur la justesse de nos conclusions, nous espérons, que notre travail en tout cas prouve, qu'un grand nombre d'événements ont été mal interprétés par différents auteurs, et qu'il n'est donc pas superflu d'étudier à nouveau l'histoire des épidémies de choléra, et de la soumettre à une critique impartiale.

TABLE DES MATIÈRES.

